Nr. 34. 20. sierpnia 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. Jan Glatzel. Kraków.

Wrodzone zdwojenie dolnego odcinka przewodu pokarmowego.

Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza. (Prym. Prof Dr. M. Rutkowski) i z zakładu anatomji opisowej (Dyr. Prof. Dr. K. Kostanecki).

W maju 1920 roku przybyła na oddział Ch. W., córka wyrobnika, izraelitka 12 letnia, uskarżając się, że od urodzenia odchodzi jej kał równocześnie drogą naturalną oraz przez pochwę. Dziewczyna dobrze rozwinięta bez jakichkolwiek dostrzegalnych wad rozwojowych, odbyt prawidłowy. Toż samo odnosi się do krocza. Błona dziewicza nienaruszona, w postaci bardzo wąskiego sierpu, nie przeszkadza wglądnięciu w głąb. Wejście do pochwy wypełnione kałem. Na tylnej ścianie pochwy w linji środkowej, 2 cm. poza błoną dziewiczą otwór okrągły o gładkich równych brzegach, z łatwością przepuszczający narzędzie o średnicy 8 mm. Badanie kombinowane, palcem przez odbytnicę i narzędziem wprowadzonem przez opisaną przetokę, a wchodzącem wysoko ku górze, nie wykrywa żadnej łączności pomiędzy pochwą a prostnicą na całej temu badaniu dostępnej przestrzeni. Domniemany kanał przebiega więc pomiędzy tylną ścianą pochwy, a przednią ścianą odbytnicy. Po nad spojeniem łonowem i na lewym talerzu biodrowym wyczuwa się bardzo duże nagromadzenie mas kałowych, mimo że wypróżnienia są prawidłowe. Masy te usunięto środkami przeczyszczającemi przy wzmożonem wydalaniu przez pochwę.

Wykonane otwarcie jamy brzusznej w linji środkowej odsłoniło dokładny obraz anatomiczny. Esica średnich wymiarów, tuż poniżej szczytu o zwiększonej objętości. Pęczek przedni mięśni podłużnych w temże samem miejscu rozwidla się i biegnie dalej w postaci dwóch smug, nieco zaś niżej zatraca swój rysunek w sposób zresztą prawidłowy. Płytki zupełnie rowek, zaznaczający się między ramionami opisanego rozdziału podłużnego pęczka mięśniowego, wskazuje, że mamy tu dwa obok siebie leżące przewo y o jednakowym przekroju, nieco tylko mniejszym od przekroju prawidłowej kiszki. Najwyraźniej występuje to w dolnej części esicy oraz w odbytnicy, gdzie w linji środkowej widocznym się staje pewien rozstęp, mimo, że ściana dzieląca oba kanały jest wspólna. Krezka esicy bez zmiany, schodzi dosyć nisko, przez co występuje dość długa t. zw. okrężnica miedniczna (*colon pelvinum*). Od przodu natomiast z odcinka, leżącego już w miednicy małej, biegnie fałd otrzewny w postaci półksiężyca ku dołowi i gubi się na tylnej ścianie macicy, dzieląc dno jamy Douglasa na dwa płytkie zresztą uchyłki, lewy i prawy. — W dolnym odcinku układają się obie cewki w ten sposób, że prawa biegnie ku tyłowi, lewa natomiast poprzed nią ku przodowi. Nacięcie podłużne ściany jelita w miejscu rozdziału pęczka mięśniowego odsłoniło na tejże wysokości ostry sierpowaty brzeg ściany, dzielącej światła obu kanałów. (Rys. 1).

Rys. 1.



Jest to więc niewątpliwy przypadek wrodzonego zdwojenia ograniczonego odcinka przewodu pokarmowego u osobnika pojedyńczego, a więc wady, której istnieniu zaprzecza cały szereg autorów. Podwójnem jest już ramię dolne esicy, a następnie i odbytnica. Cewka grzbietowa prawa otwiera się na zewnątrz w sposób prawidłowy jako odbyt, cewka przednia lewa do pochwy, tworząc t. zw. odbyt nieprawidłowy pochwowy (*anus anomalus vaginalis*).

Do wytłumaczenia stanu takiego cofnąć się musimy do rozwoju zarodkowego przewodu pokarmowego. Pewne światło rzuca znajomość bardzo wczesnych obrazów jego kształtowania się. Pierwszy Filimowski, a nieco później Tandler i Forssner stwierdzili, że na granicy żołądka i dwunastnicy u zarodka długości 12—14 mm. napotykamy przejściową niedrożność, wywołaną wypełnieniem światła przewodu pokarmowego bujnie rozmnożonym nabłonkiem. Wkrótce jednak, częścią, wskutek wzrostu, komórki te ulegają rozsunięciu, częścią rozpłynięciu, (na przekroju w świetle otrzymujemy obraz siatki) w następstwie czego powstałe małe wolne przestrzenie łączą się ze sobą, tworząc z powrotem jedno światło kanału. Przejściowa taka niedrożność powstaje niekiedy także w górnych częściach jelita czczego, oraz w końcu przewodu pokarmowego, w późniejszej odbytnicy. Jeżeli zanikanie tych wybujałych komórek nieco się przewleka, wówczas może się wydarzyć, że tkanka łączna zarodkowa, wrastająca w głąb nabłonka, która w ten sposób w warunkach zwykłych wywołuje tworzenie się fałdów błony śluzowej jelita, wrośnie jeszcze głębiej przez zachowane i sklejone beleczki nabłonkowe i trwale rozdzieli światło na dwa odcinki lub, co częściej, całkiem go zamknie (*atresia congenita*).

W dolnym odcinku przewodu pokarmowego zarodka napotykamy obfite fałdy na powierzchni błony śluzowej. Fałdy te, które na przekroju prawie w całości wypełniają światło jelita, później zanikają. Uprzytomnijmy sobie ponadto, że światło dolnej części kiszki grubej w tymże okresie rozwoju ma kształt jak gdyby niezupełnej ósemki (8) (Rys. 2). Do sklejenia więc wyżej opisanych fałdów dojść może tem łatwiej, im owa ósemka bardziej zupełna, im ściany zagłębione bardziej się zbliżą do siebie.

Rys. 2.



Model zarodka o długości 3 mm. (Według Keibela — Veits Handb. d. Gynäk. B d. V).

Wyżej opisany rozdział przedniego pęczka mięśni podłużnych najdowodniej zaświadcza o tak wczesnem powstaniu omawianego zboczenia. Mięśnie te tworzą się u zarodków o długości 70 mm. Jeżeli więc pęczek uległ rozdwojeniu, to tylko dlatego, że już przed okresem jego tworzenia został do-

konany podział przewodu. — Tylne ramię rozwijało się prawidłowo i przez zanik błony kloacznej (*membrana cloacalis*) zyskało zewnętrzne ujście (*anus*).

Co się tyczy ujścia ramienia przedniego na tylnej ścianie pochwy, to podobnego przypadku w piśmiennictwie nie spotykamy. Opisane są przypadki t. zw. odbytu nieprawidłowego pochwowego (*anus anomalus vaginalis*), w których cała odbytnica, nie mając ujścia na zewnątrz, otwierała się do pochwy. Bardeleben przytacza trzy pewne przypadki takiej wrodzonej niedrożności odbytnicy. Natomiast Schröder, a za nim Ahlfeld i inni, nie mogąc wytłumaczyć obrazu rozwojowo, nie wierzą w możliwość istnienia takiego stanu i sądzą, że wszystkie opisane przypadki dotyczyły nie dokładnie spostrzeganego odbytu nieprawidłowego przedsionkowego (*anus anomalus vestibularis*), a więc przetoki poprzed błoną dziewiczą.

W naszym przypadku ujście znajdowało się ponad wszelką wątpliwość w pochwie, a więc poza błoną dziewiczą. Było to ujście jednego tylko ramienia odbytnicy, mianowicie przedniego.

Złączone przewody Müllera, dające później w końcowej swej części pochwę wraz z zakończeniem, które tworzy wewnętrzną blaszkę błony dziewiczej, w stanie rozwojowym nie mają w prawidłowych warunkach połączenia z przewodem pokarmowym. — Jeżeli więc połączenie takie, tak jak w naszym przypadku, noworodek na świat przynosi, to nabyć go musiał wtórnie. Odbytnicę od zawiązka pęcherza (*allantois*) oddziela u zarodka przegroda z tkanki łącznej zarodkowej t. zw. przegroda moczowo-odbytnicza (*septum uro-rectale*). W przegrodę tę wrastają od góry ślepe przewody Müllera, torując sobie drogę ku przodowi i ku dolnemu odcinkowi, owodu (późniejsza zatoka moczowo-płciowa — *sinus uro-genitalis*). W przypadku naszym złączone już przewody, z powodu obecności nadliczbowej cewki przewodu pokarmowego, zajmującej część przegrody odbytniczo-pęcherzowej, zostały wciśnięte w dole pomiędzy owodnię (*allantois*) a nadliczbową odbytnicą (która nie wytworzyła sobie ujścia zewnętrznego w błonie kloacznej), skleiły się niezawodnie zarówno z owodem jak i z przednią cewką rozdwojonego kanału pokarmowego i z obydwoma uzyskały połączenie. — O tem, że przegroda moczowo-odbytnicza (*septum uro-rectale*) odegrała w zaburzeniu pewną rolę, świadczy jej pozostałość w postaci wyżej opisanego fałdu.

W dostępnem mi piśmiennictwie przypadku podobnego nie napotkałem.

U chorej naszej przez przecięcie i obszycie na przestrzeni 3 cm ściany dzielącej, stworzono połączenie pomiędzy końcem nadliczbowej odbytnicy, a odbytnicą właściwą. Już sam ten zabieg wystarczał do skierowania kału z opisanego zbiornika do odbytnicy. Gdy po trzech tygodniach zamknięto chorej i przetokę pochwową, bez dolegliwości opuściła oddział.

Piśmiennictwo:

1. Broman: Normale und Abnorme Entwicklung des Menschen 1911.—2. Filimowski: Bul. de l'Acad. des sc. de Cracovie. Avril 1900. — 3. Keibel-Mall: Handbuch der Entwicklungsgeschichte des Menschen-1911. — 4. Schwalbe. Die Morphologie der Missbildungen des Menschen und der Tiere. 1909.

Dr. Mściwój Semerau, adjunkt kliniki. Warszawa.

Studja nad zaburzeniami w układzie krwiotwórczym.

Z II. Kliniki Lekarskiej Uniwersytetu Warszawskiego.
(Kierownik: Prof. dr. Kazimierz Rzętkowski).

I. Przyczynki do patogenezy żółtaczki hemolitycznej i fizjologji patologicznej śledziony. *)

Szczegółowe poznanie stanu chorobowego, zwanego żółtaczką hemolityczną, którego zasadnicze ujęcie i wyodrębnienie od innych zaburzeń w wydzielaniu żółci zawdzięczamy Minkowskiemu i szkole francuskiej, reprezentowanej przez Chauffard'a, Vaquez'a, Widal'a i ich uczniów, dla nowoczesnej hematologji posiada niesłychaną doniosłość; umożliwiło ono bowiem głębszy wgląd w zawiły mechanizm tworzenia się i rozpadania się pojedyńczych składników krwi i uwypukliło w tych dwóch kierunkach zwróconą działalność niektórych narządów lub układów, o których czynności nader niejasne do niedawna panowały pojęcia. Dotyczy to przedewszystkiem śledziony, gruczołów hemolimfatycznych, komórek Kupffera i układu nabłonkowosiateczkowego.

Okoliczności te sprawiły, że przypadki żółtaczki hemolitycznej poczęto poddawać różnym badaniom celem wyświetlenia poszczególnych objawów, a także celem wniknięcia w cały szereg spraw o znaczeniu więcej fizjologicznem. W ten sposób zebrała się w ciągu około 20 lat dość znaczna liczba spostrzeżeń tego bądź co bądź raczej rzadkiego zachorzenia, spostrzeżeń rozrzuconych w piśmiennictwie całego świata, zwłaszcza francuskiem i niemieckiem.

W polskiem piśmiennictwie liczba kazuistycznych spostrzeżeń żółtaczki hemolitycznej przedstawia się, jak dotąd, bardzo skąpo. Pierwszą notatkę o tem, ogłoszoną w roku 1907, zawdzięczamy Starkiewiczowi, który, przytoczywszy znane do tego czasu piśmiennictwo, opisał przypadek wrodzonej odmiany tego zachorzenia. Dotyczył on 15-letniego ucznia o znamionach ogólnego niedorozwoju fizycznego, u którego poza żółtaczką acholuryczną stwierdzono obrzmienie śledziony, ogromnie zmniejszoną odporność krwinek (H_1=70, H_3=46) i urobilinurję. Niesłychanie wysoki punkt zamarzania krwi odwłóknionej, bo wynoszący — 0,87°, zamiast — 0,56°, autor skłonny jest uważać za reakcję obronną krwi, zapobiegającą silniejszej hemolizie. U tego samego chorego Starkiewicz stwierdził w dwa lata później przy zastosowaniu przyżyciowego barwienia 10% ziarnistych krwinek, podobnie jak to stwierdził Chauffard i inni.

Drugi przyczynek podał w roku 1915 Szokalski. Zajmuje się on 30-letnią chorą, która od 8 lat cierpiała na dynamiczną żółtaczkę, z objawów podobną do kamicy żółciowej. Z 8-orga rodzeństwa brat jeden chorował od 6 lat na żółtaczkę, powtarzającą się co rok, zwykle jesienią. Przy badaniu stwierdzono powiększenie wątroby i śledziony, mierną anemję, zmniejszoną wyraźnie odporność krwinek (H_1=54, H_3=42), przy braku izolizyn, autohemolizyn i autoaglutynin, i lekką acholuryczną żółtaczkę. Wobec dodatniego odczynu Wassermanna i pewnej poprawy po leczeniu antyluetycznem autor skłania się do przypuszczenia, że przymiot posiada tu etjologiczne znaczenie. Mimo to nazywa on swój przypadek wrodzonym.

Poza temi dwoma spostrzeżeniami wymienić wypada bardzo staranną monografię Hertza i Sterlinga, która uwzględnia zebrane do roku 1912 piśmiennictwo, nie rozporządza wszakże własnym materjałem klinicznym.

Do tego względnie szczupłego dorobku rodzinnej naszej nauki w dziedzinie żółtaczki hemolitycznej jestem w stanie dołączyć 4 dalsze spostrzeżenia, zebrane w ciągu kilkunastu ostatnich miesięcy.

Przypadek I. 16-letnia robotnica. Ojciec chory na suchoty, pozatem w rodzinie wszyscy zdrowi. W dzieciństwie chorowała na płonicę, 4 miesiące temu rzekomo na nerki. Obecna choroba miała się rozpocząć na dwa tygodnie przed przyjęciem do naszej kliniki gorączką, ogólnem osłabieniem, brakiem apetytu i wymiotami żółciowemi. Do tego dołączyły się w ciągu następnych dni niewyraźne dolegliwości w obu bokach, zwłaszcza w lewym, na które chora nie zwracała uwagi. Żółtaczki chora nie zauważyła.

Badanie przedmiotowe ujawniło pewien ogólny niedorozwój. Skóra i spojówki zabarwione żółto. Narządy klatki piersiowej bez wyraźnych zmian chorobowych. Brzuch miękki, niebolesny, wątroba niewyczuwalna, okolica woreczka żółciowego wrażliwa. Śledziona wystaje na 1 palec z pod łuku żebrowego lewego, nieco twardsza, wyraźnie macalna. Stolec normalny, nieodbarwiony. Mocz nie zawiera barwików ani kwasów żółciowych, urobilinogen w zmiennych, niewielkich ilościach.

Krew: Ilość krążków czerwonych podczas pobytu chorej wahała się od 4.1 do 4.6 milionów w milim. sz., ilość hemoglobiny od 86 do 76% (Sahli), wskaźnik barwny około 0·9. Wygląd krwinek poza nieznaczną anizocytozą, niezmieniony. Odporność krwinek przemytych, badana sposobem Widal'a, dawała w górnych granicach (H_1) odchylenia od 60—48, w dolnych (H_3) od 36—32, była zatem wyraźnie obniżona. Przyżyciowo barwiących się ziarnistości nie znaleziono.

Surowica: zawiera białka 8·6—8·7% (refraktometrycznie); bilirubiny ślady; odczyn pośredni Hijmans van den Bergh'a słabo dodatni, bezpośredni ujemny; cholesteryny 0.8—0.9‰ (Gri-

*) Rzecz wygłoszona na posiedzeniu Warsz. Towarzystwa Lekarskiego z dnia 31. I. 1922.

g a u t); auto- i izohemolizyn brak; odczyn na autoaglutyniny wyraźnie dodatni, słaba izoaglutynacja z krwinkami jednego chorego.

Reakcja W a s s e r m a n n a we krwi ujemna.

P ł y t e k 280—300.000 w milim sz (modyfikowany Fonio).

B i a ł y c h c i a ł e k 8.600—11.500; z tego

49% neutrochłonnych,
37% limfocytów,
11% przejściowych,
2% wielkich jednojądrzastych,
1% zasadochłonnych.

W czasie miesięcznego swego pobytu w klinice chora po lekkich nawrotach żółtaczki, połączonych z kolkowemi dolegliwościami w obu bokach i obrzmieniem śledziony, wypisana została zdrowa. Ciekawe jest, że najsilniejszy taki nawrót, któremu towarzyszyło ponowne obniżenie odporności krwinek, nastąpił po próbnym zastrzyku wody przekroplonej dożylnie. Do tego zjawiska powrócimy przy ostatnim z naszych przypadków.

W powyższem spostrzeżeniu ma się przed sobą przypadek poronnej, choć dość typowo przebiegającej żółtaczki hemolitycznej, który z racji swych, z zachorzeniem tem związanych, objawów znalazł się w szpitalu. Być może, że tu jakaś niewiadoma sprawa zakaźna uruchomiła całą sprawę i wyprowadziła ją ze stanu utajenia, tak, jak w jednem miejscu wyrażają się G ö t z k y i I s a a c. W przeciwieństwie do tego rozpoznania podobne zaburzenia w układzie krwiotwórczym u następnej chorej rozpoznano więcej przygodnie.

P r z y p a d e k II. 29-letnia krawcowa, przywieziona została do naszej kliniki z powodu lekkiego w skutkach otrucia sublimatem. Przy spisywaniu wywiadów okazało się, że już w 19-tym roku miała pierwszy atak kolek wątrobowych wraz z lekką żółtaczką. Atak ten wyprzedziły od dłuższego czasu trwające niewyraźne dolegliwości w górnych częściach brzucha. Podobne dolegliwości powtarzały się od czasu pierwszych kolek kilkakrotnie w mniejszem lub większem natężeniu.

Przy badaniu stwierdzono kobietę szczupłą, nizkiego wzrostu, o organach wewnętrznych naogół niezmienionych. Tylko śledziona wystawała o jeden palec mniej więcej z pod lewego łuku żebrowego i była wyraźnie macalna. Okolica woreczka żółciowego przedstawiała się natomiast prawidłowo i nie wykazywała żadnej wrażliwości. Wobec tego, że wystąpienie pierwszego ataku żółtaczki i wyprzedzających go dolegliwości wydało się nam nieco wczesne, a i stałe powiększenie śledziony wzbudzało pewne wątpliwości co do rozpoznania kamicy żółciowej, zbadaliśmy jej krew. Stwierdzono:

Czerwonych krążków 4,200.000,
hemoglobiny 78% (Sahli),
wskaźnik barwny 0.93,
białych ciałek 8.800,
z tych 38% limfocytów,
56% obojętnochłonnych,
5% przejściowych.
Odporność czerwonych krążków:
$H_1 = 60$, $H_2 = 40$, $H_3 = 28$.

W a s s e r m a n n we krwi: ujemny.

Ilość cholesteryny w surowicy 1‰ (G r i g a u t). W moczu nic osobliwego, poza śladami białka, uwarunkowanemi zatruciem rtęcią, i niewielkiemi ilościami urobilinogenu.

Tak więc i tu wynik badania zmusza nas do rozpoznania poronnej postaci żółtaczki hemolitycznej. Za taką koncepcją a przeciw przyjęciu kamicy żółciowej przemawia, jak już wspominaliśmy, młody wiek, w którym wystąpił pierwszy atak, obrzmienie śledziony, brak miejscowych boleści przy uderzeniu w okolicę woreczka żółciowego — w naszej klinice nazywamy to ujemnym objawem Dr. Chełmońskiego, który zjawisko to wyzyskuje djagnostycznie — a przedewszystkiem zmniejszona odporność krwinek przy normowzględnie lekkiej hypocholesterynemji.

O ile w wymienionych dwóch spostrzeżeniach można było żółtaczkę hemolityczną rozpoznawać jedynie przy specjalnie na to zwróconej uwadze i przy uwzględnieniu specjalnych badań, o tyle w dwóch dalszych spostrzeżeniach prawdopodobieństwo takiego cierpienia wynikało już z wywiadów i narzucało się samo przez się wskutek klinicznego obrazu zachorzenia.

P r z y p a d e k III. Szczegóły dotyczące tej chorej zawdzięczamy wielkiej uprzejmości prof. Radlińskiego i jego asystenta dra Sokołowskiego; chora bowiem, po krótkim pobycie na oddziale dra Pawińskiego, rychło przepisana została na II. klinikę chirurgiczną Uniw. Warsz. Ja sam oglądałem ją tylko przygodnie w przeddzień wykonania splenektomji.

Wywiady od chorej są tak charakterystyczne i ciekawe, że pozwolę je sobie przytoczyć in extenso z karty klinicznej. Chora podaje, że w 7. roku życia zapadła na jakąś przewlekłą chorobę, z powodu której była w opiece lekarskiej. W dzieciństwie źle się rozwijała, była wątła i niedokrwista: lekarze mówili wówczas „że jest chora na śledzionę“. W 9-tym roku życia pamięta, że w szpitalu dziecięcym przy ul. Kopernika badano jej krew, że leczono ją chininą, że miała ból w okolicy nadbrzusza, oraz że pod łukiem żebrowym prawym pokazywał się guzek wielkości ptasiego łebka. Guzek ten występował podczas napadu bólów, potem chował się. Bóle te trwały przez kilka tygodni: chora leżała wówczas w łóżku i miała pierwszy raz w życiu żółtaczkę.

W 10-tym roku życia była badana przez prof. Kosińskiego w szpitalu Św. Ducha, przyczem chorą usypiano. Prof. Kosiński proponował wówczas operację, lecz rodzice chorej nie zgodzili się. Pomiędzy 10-tym a 19 tym rokiem życia czuła się względnie dobrze. W 19-tym roku życia leżała w szpitalu Św. Ducha przez 5 miesięcy. Wówczas czuła silne osłabienie ogólne, była blada, straciła apetyt i dostała żółtaczki po raz drugi w życiu. Przytem miała obrzęki dolnych kończyn, ale nie miała bólów. Leczono ją wtedy żelazem, winem chininowem i zastrzykami. Ze szpitala wypisała się z poprawą, a stan jej polepszył się potem tak dalece, że w tym okresie przybyło jej 15 funtów na wadze. Niekiedy odczuwała jednak bóle w podżebrzu prawem, które ustępowały po gorących okładach.

W 23-im roku życia wyszła za mąż i czuła się wówczas dobrze, aczkolwiek zupełnie zdrową nie była. Jeszcze przed zamążpójściem pojawiała się okresowo żółtaczka, ile razy, chora nie pamięta, gdyż było to często. Czasem tylko spojówki były zażółcone, a bóle oraz wymioty lub mdłości napadom żółtaczki towarzyszyły niestale. Opierając się na tych objawach lekarz w Ostrowiu Łomżyńskiem, u którego się chora w r. 1916 przygodnie leczyła, oświadczył jej, że cierpi na kamicę żółciową.

W roku 1921 ataki żółtaczki z kolkami w prawym boku i wymiotami były wyjątkowo częste, czasem kilka razy w tygodniu. Po bezskutecznem leczeniu się w domu, gdzie z przepisów lekarskich przyjmowała oliwę, chora udała się do szpitala Przemienienia Pańskiego, gdzie ją przez cztery miesiące leczył Dr. Bronowski. Proponowano jej wtedy ponownie operację, lecz żółtaczka znikła, bóle minęły i chora nie zgodziła się na wykonanie zabiegu. Żółtaczka nie ustąpiła jednak zupełnie i od tego czasu utrzymywała się stale. Z powodu ponownych nawrotów zachorzenia chora w latach 1915—1920 leczyła się kilkakrotnie na oddziałach Dr. Chrostowskiego, Prof. Erbricha i Dr. Bronowskiego. Leczono ją bądźto objawowo, bądź też stosowano arszenik, raz nawet w postaci salwarsanu, wszakże bez wyraźnego skutku. W styczniu 1921 r. zgłosiła się, tym razem jakoby tylko z powodu kaszlu, na oddział Dra Pawińskiego, skąd po kilkomiesięcznym pobycie przepisana została na klinikę prof. Radlińskiego, celem wykonania operacji.

O stosunkach rodzinnych nie napotyka się w karcie klinicznej na wyraźną wzmiankę, natomiast powtarza się tu fakt, wielokrotnie już przez innych podnoszony, że pierwszy perjod rozpoczął się w 14-tym roku życia i był zawsze skąpy, a podczas nasilenia choroby ginął.

B a d a n i e chorej w klinice chirurgicznej wykazało wątłą budowę, konstytucjonalny niedorozwój i liche odżywienie. Skóra i spojówki bladawe z wyraźnie żółtym odcieniem. Na szyji i w dole podszczękowym kilka drobnych twardych gruczołów. Narządy klatki piersiowej bez zmian chorobowych. Brzuch wysklepiony, w górnych jego częściach, zwłaszcza po lewej stronie, wyraźne guzowate wypuklenie, występujące z pod lewego łuku żebrowego i sięgające ku linji środkowej. Wątroba nie powiększona. Okolica pęcherzyka żółciowego nieco bolesna. Śledziona bardzo silnie powiększona, o powierzchni twardej, guzowatej, na ucisk bardzo wrażliwa. Wielkość jej odpowiada granicom wyżej opisanej guzowatej wyniosłości o kształcie podłużnego bochenka chleba Mocz chorej nie wykazuje nic chorobliwego.

K r e w: Ilość czerwonych krążków 2,900.000
Hemoglobiny (Sahli) 35%
Wskaźnik barwny 0·6.

W rozmazie barwnym krwinki przedstawiają się prawidłowo poza nielicznemi mikro- i poikilocytami, oraz bardzo nielicznemi normoblastami. Odporność przemytych czerwonych krwinek wykazuje znaczne zmniejszenie; H_1 wynosi bowiem 64, H_2=60 a H_3=40. Ilość białych ciałek wynosi 24.000, z tego 52% przypada na obojętnochłonne, 47% na limfocyty i 1% na przejściowe.

Wychodząc z założenia że zachodzi tu prawdopodobnie choroba Banti'ego lub też może inna sprawa chorobowa, mająca swe siedlisko w śledzionie, wykonano w tydzień po przyjęciu chorej do kliniki splenektomję. Niestety wskutek niezwykle ciężkich warunków operacyjnych, które przedłużyły narkozę i które zarazem skutkiem rozległych zrostów z przeponą powodowały trudne do opanowania krwiotoki, chora zmarła nazajutrz po zabiegu, wśród objawów osłabionej akcji serca i porażenia jelit. Wycięta śledziona ważyła 2 kg 205 g. Badania jej nie dokonano.

Jeśli się teraz zastanowimy, z czem w niniejszym przypadku mamy do czynienia, to rozważania nasze mogą iść w potrójnym kierunku, tj. albo w kierunku kamicy żółciowej, albo choroby Banti'ego, względnie tej odmiany marskości wątroby, której towarzyszy splenomegalja, albo wreszcie żółtaczki hemolitycznej. Przeciwko przypuszczeniu kamicy żółciowej przemawia bezwzględnie i ostatecznie nekroptyczne stwierdzenie prof. Przewóskiego, że woreczek i przewody żół-

ciowe są zupełnie niezmienione i wolne od jakichkolwiek złogów. Również upada możliwość jakichś zaburzeń cyrotycznych wątroby, czy to w sensie choroby B a n t i'ego, czy też zwykłej marskości, albowiem miąższ wątrobowy, poza pewną kruchością, okazał się chorobliwie niezmienionym, a i wywiady, obraz hematologiczny i przebieg kliniczny przeczyły takiemu rozpoznaniu. Jedynie koncepcja żółtaczki hemolitycznej daje, nietylko po wykluczeniu innych stanów patologicznych, ale na skutek rzeczowej oceny takich objawów, jak: wybitnie zmniejszona odporność krwinek, acholuryczna żółtaczka, kryzy śledzionowe w wywiadach itp., zadowalające wytłómaczenie wszystkich uprzednio przytoczonych faktów.

Dotychczas przytoczone spostrzeżenia*), mimo licznych zajmujących szczegółów, przedstawiają się nieco fragmentarycznie; nie mogły być bowiem wszechstronnie opracowane z powodów od nas niezależnych, przeważnie skutkiem nadto krótkiego pobytu chorych w szpitalu. Zastrzeżenia te upadają wobec ostatniego naszego przypadku, który mieliśmy możność trzymać kilkakrotnie przez miesiące całe w naszej klinice. Chora ta przebyła w tym czasie ze wskazań leczniczych dwa zabiegi operacyjne, splenektomję i cholecystektomję, których wyniki w szczęśliwy sposób uzupełniły nasze badania kliniczne. Zwłaszcza splenektomja, która bodaj poraz pierwszy w Polsce świadomie wykonana została przy żółtaczce hemolitycznej, pozwoliła nam nie tylko makroskopowo i drobnowidowo oglądać wycięty organ, ale także śledzić zachowanie się niektórych czynności ustrojowych pod wpływem jego braku w zespole innych narządów. Wreszcie przeprowadzone na chorej próby z wodą przekroploną przed i po wycięciu śledziony dały nam dalsze wskazówki, które przyczynić się mogą do wyjaśnienia patogenezy całego zachorzenia. Z tych powodów zajmiemy się niniejszą chorą szczegółowiej.

P r z y p a d e k IV. Matka chorej cierpiała przez całe życie, jak chora podaje, na „kamienie żółciowe". Czy stany te były połączone z żółtaczką, nie wie. Ojciec był na ogół zdrów i w późniejszym wieku umarł na zapalenie płuc. Starsza zamężna siostra, licząca lat 29, cierpi często i od dłuższego czasu na boleści w prawym i lewym boku i w krzyżu, jakby miała żółciowe kamienie. Dolegliwości przebiegają bez widocznej żółtaczki. Stolce jej są prawidłowo zabarwione. Z trojga dzieci tej siostry dwoje jest zdrowych, natomiast średnia 10-letnia dziewczynka zapada od paru lat na żółtaczkę, połączoną z boleściami w obu bokach. Druga, dwudziestokilkoletnia, siostra chorej już od dzieciństwa zapada na żółtaczkę wraz z napadowo występującemi dolegliwościami w nadpępczu. Chora siostry tej już dawno z powodu jej wyjazdu z Warszawy nie widziała i nie może powiedzieć, jak ona się obecnie czuje. Matka jednak mówiła chorej, że u tej siostry pojawiała się już kilkakrotnie żółtaczka. Co się tyczy chorej samej, to była ona zawsze wątła i słabowita. Z chorób zakaźnych przechodziła jedynie ciężką ospę czarną, po której kilka miesięcy leczyła się z powodu zapalenia nerek. W 10-ym roku życia poczęła cierpieć na boleści w prawym boku i krzyżu, którym pierwotnie towarzyszyły mdłości, wszakże bez żółtaczki. Niekiedy w odstępach kilkotygodniowych pojawiały się same mdłości. Dolegliwości te nie musiały być wielkie, gdyż chora przytem chodziła. Dopiero w 15-ym roku życia, jak chora mówi, wskutek zmartwienia wywołanego śmiercią rodziców zauważyła, że te same boleści połączone były z przelotną żółtaczką. Robiło się jej przytem słabo, miała nudności, wszakże mocz i stolec były podobno normalne. Z tego powodu udała się do szpitala Karola i Marji, gdzie badano jej krew i leczono arszenikiem oraz chininą, ale bez skutku. Wprawdzie żółtaczka znikła, ale boleści pozostały bez zmiany Powtarzały się one co kilka tygodni w zmiennem natężeniu, trwały 3—4 godziny. Zwykle rozpoczynają się one w prawem, rzadziej w lewem podżebrzu, a następnie przechodzą na cały brzuch i przenikają na wskróś do krzyża i pod łopatki. Podczas takiego ataku chora wymiotuje, gorączki jednak ani dreszczy nie miewa Zwykle po takim ataku następuje mniejsza lub większa żółtaczka. Powyższy stan chorobowy bardzo chorą osłabia i czyni niezdolną do żadnej pracy, tembardziej, że po każdej próbie powrotu do zajęcia bóle stają się częstsze. Mocz zawsze bywa jasny, stolec o prawidłowej barwie. Powyższe dolegliwości, nie ustępujące pod wpływem żadnego leczenia sprowadzały chorą na naszą klinikę. Co się tyczy perjodu, to rozpoczął się on w 12-ym roku życia, krótko przed przyjęciem do kliniki. Był zawsze skąpy i bezbolesny. Już naprzód możemy zaznaczyć, że po operacji stał się obfity i bolesny, trwał 5—6 dni i powtarzał się co 2—3 tygodni.

B a d a n i e p r z e d m i o t o w e przy pierwszych oględzinach przedstawia się jak następuje: Chora wzrostu nieco poniżej średniego, budowy dość drobnej, o odżywieniu dobrem, robi wrażenie, jak na 17-ty rok życia, niedorozwiniętej. Waga 45.4 kg.

Skóra dobrze ukrwiona, wszędzie, zwłaszcza na tułowiu, z wyraźnym odcieniem żółtawym. Śluzówki różowe, też trochę zażółcone. Uwłosienie w pachach skąpe, na częściach rodnych bardzo słabo rozwinięte. Gruczoły chłonne na szyji nieznacznie powiększone Obrzęków niema. Narządy głowy bez zmian chorobowych. Twardówki żółtawo zabarwione. Szyja normalnej grubości, gruczoł tarczowy niepowiększony. Grasica wypukowo również niepowiększona. Płuca w stanie zupełnie prawidłowym. Serce normalnej wielkości; stłumienie względne $\frac{3.6 \times 7.8}{12}$. Nad koniuszkiem krótki i cichy szmer skurczowy. Tętno około 86 na minutę, miarowe, miernie wypełnione. Ciśnienie krwi $^{115}/_{76}$ mm. rtęci. Brzuch niewzdęty, powłoki normalnie napięte Lekka bolesność w prawem podżebrzu w okolicy woreczka żółciowego. Wątroba nieco powiększona, sięga na palec poniżej łuku żebrowego, niebolesna. Dolny jej brzeg wystaje z pod łuku żebrowego na jakie 4 palce w przedniej linji pachowej i sięga aż nieco poza linję środkową. Kończyny i system nerwowy bez zmian chorobowych. Mocz kwaśny, bez domieszki białka, cukru i jakichkolwiek morfotycznych składników w osadzie; ciężar właściwy 1020. Za to bardzo duże ilości urobilinogenu, określonego odczynnikiem Ehrlicha i urobiliny, określonej octanem cynku. Stolec zupełnie prawidłowej barwy i spoistości.

B a d a n i e k r w i dało wyniki następujące:

Hemoglobina (Sahli): 80%.
Czerwone ciałka: 4.000.000.
Wskaźnik barwny: 0.99.

Na rozmazie leciutka anizocytoza, miejscami także wielobarwliwość. Brak jądrzastych postaci. Czerwone ciałka chorej porównane z czerwonemi ciałkami innych zdrowych osobników, wydają się wyraźnie mniejsze; średnica ich wynosi podług mikrometru Leitz'a 5—6½ μ.

B i a ł e c i a ł k a: 13.000;

z tych: 78%=10.608 obojętnochłonych,
9%=1224 jednojądrzastych,
9%=1224 limfocytów,
3%=408 kwasochłonnych,
1%=136 przejściowych.

P ł y t k i w prawidłowej ilości, około 250.000.

B a d a n i e o d p o r n o ś c i we krwi żylnej odwłóknionej: H_1=70, H_2=52, H_3=46.

I l o ś ć b i l i r u b i n y w surowicy wzmożona; próba pośrednia H i j m a n s v a n d e n B e r g h'a wyraźnie dodatnia, barwa surowicy żółtaczkowa. I l o ś ć b i a ł k a w surowicy 7.85% I l o ś ć m o c z n i k a w surowicy 0,32‰. R e a k c j a W a s s e r m a n n a we krwi ujemna.

Wobec tego wszystkiego rozpoznanie żółtaczki hemolitycznej narzuca się samo przez się. Przemawia za tem stwierdzenie silnie powiększonej śledziony, następnie napadowe obostrzanie się żółtaczki acholurycznej połączone z dolegliwościami podobnemi do kolek żółciowych, obraz krwi, a przedewszystkiem bardzo wyraźne zmniejszenie odporności czerwonych ciałek na roztwory hypotoniczne.

Jak wiadomo rozróżnia się dwie odmiany żółtaczek hemolitycznych: w r o d z o n ą (typ C h a u f f a r d - M i n k o w s k i e g o) i n a b y t ą (typ H a y e m'a); tak przynajmniej czyni jeszcze autor tak kompetentny jak E p p i n g e r, w książce, która się ukazała w roku bieżącym. Nie przesądzając na razie tego, czy takie rozgraniczenie jest słuszne i dostatecznie uzasadnione, wykonaliśmy u naszej chorej kilka dodatkowych badań, których dodatni wynik niektórzy

*) Przed paru dniami miałem, dzięki uprzejmości Dr. Bychowskiego, za co mu i na tem miejscu szczerą wyrażam podziękę, sposobność badać w naszej klinice 55-letniego mężczyznę, cierpiącego już od wczesnej młodości, wyraźniej od 20-go roku życia, na okresowo występującą żółtaczkę z dolegliwościami napadowemi w lewej jak również i w prawej stronie nadbrzusza i dającą się w lewem podżebrzu wymacać zmiennie wielką guzowatością. Guzowatością tą okazała się, jak już wielokrotnie przez lekarzy zostało dawniej stwierdzone, bardzo znacznie powiększona i dość bolesna śledziona. W moczu stwierdzono nieco urobilinogenu, żadnego barwika ani kwasów żółciowych Stolec normalny.

Badanie krwi ujawniło: czerwonych ciałek 2.770.000, hemoglobiny 80% (Sahli) wskaźnik barwny 1.45; białych ciałek 6000, z tych 74% neutrochłonnych, 15% limfocytów, 6% eozynofilów i 5% przejściowych. Lekka poikilocytoza, wyraźna anizocytoza z wielką ilością makrocytów, 1 megaloblast, 1 normoblast, brak polichromatofilji. Bilirubiny w surowicy, badanej bezpośrednią reakcją H i j m a n s van den B e r g h'a, ślad, bezpośrednią reakcją bardzo znaczna ilość. Odporność: H_1=0.74, H_2=0.44, H_3=0.20. Żadnej auto- i izoaglutynacji, żadnej auto- i izohemolizy. Cholesteryny w surowicy (G r i g a u t) 0.7‰. Około 2—3% barwiących się przyżyciowo w czerwonych krwinkach granulacji. Wassermanna reakcja w surowicy ujemna Zajmujący jest fakt, że z siedmiorga żyjących dzieci troje cierpi na te dolegliwości, co ojciec.

Nowy ten przypadek wraz z kilku dalszemi będzie opisany in extenso w późniejszej pracy.

badacze, zwłaszcza francuscy, uważają za swoiste znamiona jednego lub drugiego typu.

1) Działanie surowicy normalnej na krwinki chorej pozostaje bez skutku; nie daje się zauważyć wyraźnej hemolizy (30 kropli surowicy na 1 kroplę krwi — metoda Widal'a i Philibert'a).

2) Działanie surowicy chorej na krwinki normalne: nie daje się również zauważyć; brak wszelkiego hemolizującego wpływu.

3) Badanie na aglutynację daje następujący wynik:

ciałka żółtaczkowej + osocze ikteryczki z żyły łokciowej	aglutynacja ujemna.
ciałka normalne + osocze normalne (kontrola)	
ciałka żółtaczkowej + osocze z żyły śledzionowej	
ciałka żółtaczkowej + sok śledzionowy	

Natomiast:
ciałka normalne + osocze ikteryczki: aglutynacja słaba,
ciałka ikteryczki + osocze normalne: aglutynacja bardzo wyraźna.

4) Badanie krwinek na ziarnistość przyżyciowo barwioną wykazuje przy pomocy barwików Pappenheim'a, wielobarwnego błękitu metylowego Unny i brylantowego błękitu metylowego, 3—5% zmienionych krwinek.

Powyższe badania stwierdziły zatem brak wyraźniejszego działania surowicy na odporność krwinek u chorej, brak auto- i izohemolizyn w surowicy, brak autoaglutynacji, wszakże wyraźną aglutynację krwinek chorej pod wpływem normalnego osocza i wreszcie niewielką zawartość krwinek z przyżyciowo barwiącą się ziarnistością. Jeżeli wyniki te rozpatrywać będziemy w związku z poprzedniemi danemi klinicznemi, w których podkreśliliśmy jeszcze obecność wyraźnego infantylizmu, to dojdziemy do przekonania, że mamy w tym wypadku do czynienia z odmianą wrodzoną żółtaczki hemolitycznej. Przemawia za takiem ujęciem sprawy względnie niewielka hypoglobulja, dobry stosunkowo wygląd i samopoczucie, odpowiadające określeniu Chauffard'a *»plus ictérique que malade«* i wybitnie zmniejszona odporność, przekraczająca granice, spotykane naogół w formach nabytych.

Co się tyczy odczynów krwi aglutynacyjnych i hemolitycznych, to przedstawiają się one wieloznaczniej, niż to przypuszczali Chauffard, Widal, Abrami i Brulé, Vaquez i inni, którzy w nich widzą znamiona specyficzne pewnych stanów chorobowych. Wątpliwości co do patognomicznej ich wartości spotykamy coraz częściej w literaturze francuskiej, a takie same zastrzeżenie czyni w swojej bardzo zajmującej książce Eppinger. W tym jednakże przypadku zachowanie się tych zjawisk odpowiada naogół schematowi, przyjętemu przez Francuzów dla odmiany wrodzonej. Zgadza się nawet szczegół podany przez Dudgeon'a, że normalna surowica potrafi spowodować w stanach podobnych do naszego aglutynację czerwonych krwinek.

Mniej natomiast harmonizuje z obowiązującemi dotąd poglądami ilość spostrzeganych u naszej chorej krwinek z przyżyciowo barwiącą się ziarnistością; podczas bowiem gdy w podręczniku Castaigne'a i Chiray'a (str. 819) ilość ich podają w odmianie wrodzonej jako bardzo znaczną, to w spostrzeżeniu niniejszem nie przekraczała ona w najlepszym razie 5—8%, a kilkakrotnie nawet opadała do zera. Taki przejściowy zanik tych tworów stanowiłby reakcję spotykaną raczej w nabytej żółtaczce hemolitycznej. Wobec tego wszakże, że, jak to podkreślają Starkiewicz, Ryszard Hertz, Luzzato-Ravena, Eppinger i i., ziarnistość krwinek towarzyszy różnym zachorzeniom krwi i stanom zbliżonym do normalnych, z drugiej zaś strony, zdaniem Jolly'ego, Hertz'a i Sterlinga i innych, sprawa granulacji, przyżyciowo się barwiącej, pozostaje w ścisłym związku z towarzyszącą żółtaczce hemolitycznej niedokrwistością, tutaj nieznaczną, nie należy okoliczności tej przypisywać większego znaczenia.

Jedynie wywiady, wedle których sprawa chorobowa ujawniła się pacjentce i jej otoczeniu mniej lub więcej koło 10-tego roku życia, sprzeciwiały się nieco przedstawieniu całego procesu jako żółtaczki hemolitycznej wrodzonej. Zdawałoby się bowiem, że stan tego rodzaju winien się zaznaczyć w pierwszych miesiącach albo już najpóźniej w pierwszych latach życia, tak jak naprzykład w przypadkach Guizetti'ego, Chauffard'a, Sabrazès'a i Bennet'a. Tymczasem spotykamy w piśmiennictwie spostrzeżenia zupełnie pewne, w których zachorżenie stało się widocznem znacznie później. Tak n. p. znajdujemy w pracy Aschenheim'a opis przypadku, w którym ojciec był podobno żółty od urodzenia, a u dziecka żółtaczka wystąpiła dopiero w 5-ym roku życia; w innym przypadku opracowanym przez Benjamin'a i Sluka ojciec zauważył żółtaczkę w 25-tym roku życia, u syna wystąpiła w 6-tym roku życia, a u wnuczki w 3-cim miesiącu. Dwie te obserwacje podajemy za Hertzem i Sterlingiem jako przykład zmiennego rozpoczęcia się zachorzenia. Wobec tego termin, podany przez naszą chorą, jako początek dzisiejszego stanu, nie jest w możności zachwiać rozpoznaniem. Z drugiej strony oświadczenie chorej, że matka jej cierpiała przez całe życie na podobne dolegliwości, to samo zaś daje się powiedzieć w większym jeszcze stopniu u drugiej rzędu siostry i u dziecka najstarszej siostry, poronnie bodaj także i u najstarszej siostry samej, utwierdza nas w przekonaniu że mamy tu do czynienia ze sprawą wrodzoną i dziedziczną[1]).

Trudniej natomiast, względnie zupełnie niemożliwie, jest rozstrzygnąć tę kwestję w poprzednich przypadkach. W dwóch pierwszych spostrzeżeniach poronny przebieg zachorzenia i krótki pobyt chorych w klinice z powodu niewielkich dolegliwości uniemożliwiły dalsze anamnestyczne i rzeczowe dochodzenia. W przypadku spostrzeganym i operowanym u prof. Radlińskiego brak również odpowiednich danych dotyczących dziedziczności stanu jak też pewnych różniczkowych badań. Wszakże przebieg zachorzenia, ciężkość całego stanu, wysunięcie się na pierwszy plan anemii (*»plus pâle qu' ictérique«*), wzmożona czynność szpiku kostnego w postaci leukocytozy do 24.000 i pewnej normoblastozy, przemawiają tu raczej za postacią nabytą, stojącą może w związku z przewlekłą chorobą zakaźną (zimnicą?), którą chora przechodziła w 7-ym roku życia.

Rozważania te stałyby się może zbyteczne, gdyby chcieć ująć obie odmiany żółtaczki hemolitycznej jako jedną jednostkę chorobową o niewielkich zasadniczych odmianach. Nie brak też zapędów w tym kierunku, zwłaszcza w nowem piśmiennictwie francuskiem od czasu, jak nawet Chauffard i Widal doszli do przekonania, że zaliczenie niektórych przypadków żółtaczki hemolitycznej do pewnej grupy napotyka poważne trudności, a Macaigne i Valéry-Rodot opisali odmiany pośrednie.

W naszem piśmiennictwie już Szokalski zwracał uwagę na ten zwrot w pojęciach, powołując się na spostrzeżenia Fournier'a i Chauffarda, w których jako czynniki etjologiczne żółtaczki hemolitycznej wrodzonej występowały gruźlica i kiła, ten ostatni raz nawet stwierdzony w trzeciem pokoleniu. Jako dalsze potwierdzenie takiego poglądu przytoczył Szokalski opis jednego własnego poprzednio już wymienionego spostrzeżenia, w którem wrodzona odmiana żółtaczki hemolitycznej powstała jakoby na tle przymiotu, gdyż odczyn Wassermanna był dodatni, a napady żółtaczki i powiększenie śledziony pod wpływem leczenia antyluetycznego wykazały zmianę ku lepszemu. Naszem zdaniem jednak spostrzeżenie to, mimo zainteresowania, jakie budzi, nie może służyć jako poparcie konieczności unitarnego ujęcia żółtaczki hemolitycznej; wbrew bowiem mniemaniu Szokalskiego, który spostrzeżenie swoje w nagłówku rozprawy ogłoszonej z p. Drosio-Aleksandrowiczem nazywa odmianą wrodzoną żółtaczki hemolitycznej, uważać ją raczej trzeba z racji przebiegu i hematologji z jednej strony, i z racji ogromnego podobieństwa do przypadków opisanych przez Gauchez'a i Giroux'a z drugiej, jako odmianę nabytą, występującą na tle drugorzędnej kiły. Ale i dla innych przyczyn nie należałoby zbyt pochopnie odbiegać od obowiązującego dotąd podziału, gdyż jak słusznie zaznacza Eppinger, ścisłe rozgraniczenie między wrodzoną a nabytą formą, dyktowane jest względami etjologicznemi, a w większej mierze co do rokowania. Sprawa zaś rokowania nie tylko posiada zna-

[1]) Podobnie ma się rzecz z chorym przysłanym nam przez Dr. Bychowskiego (por. str. 672, notatka u dołu), względnie z niektórymi członkami rodziny tego chorego.

czenie dla dotkniętej zachorzeniem jednostki, ale w niemniejszym stopniu i dla jej potomstwa, któremu w przeciwieństwie do nabytej formy może być z prawdopodobieństwem 50% przekazana jako dominująca właściwość zawiązka, powstała samorzutnie z nieznanych nam dotąd przyczyn u dzieci zupełnie zdrowych rodziców wskutek mutacji. Tak przynajmniej twierdzi duński badacz Melengracht na podstawie około 50 przypadków, należących do 7 rodzin, a śledzonych przez 3—4 pokolenia.

Wracając teraz do naszego przypadku nr. IV pokrótce tylko jeszcze wspomnimy o jego przebiegu, nie odbiegającego od podanych już wielokrotnie opisów, by przejść następnie do badań, stojących w związku ze splenektomją. Operacja ta bowiem okazała się konieczną, gdyż chora, mimo korzystnych djetetycznych i ogólno-higjenicznych warunków, jakiemi się cieszyła w naszej klinice, co pewien czas skarżyła się na dość nagle występujące ogólne i miejscowe dolegliwości. Ogólne zaznaczały się mniej lub więcej silnemi dreszczami połączonemi niekiedy z bardzo lekkiem podniesieniem ciepłoty, zawrotami głowy, ogólnem osłabieniem i brakiem łaknienia. Miejscowe zaś dolegliwości zwykle występowały, jako stałe, czasem napadowo wzmagające się, bóle w okolicy żołądka i prawego podżebrza, promieniujące ku krzyżowi i prawej łopatce, tak silne, że nawet dość znaczne dawki morfiny z atropiną zaledwie były w stanie je uśmierzyć. Podobne senzacje w okolicy śledziony rzadziej występowały i były mniej wyraźne. Objektywnie dawało się w tych okresach stwierdzić napięcie powłok brzusznych i obolałość ich przy lekkim nawet dotyku, silne powiększenie śledziony, które w ciągu 2—3 dni znów znikało, mniej silne powiększenie wątroby i wyraźna żółtaczka. Mocz zawierał wtedy bardzo znaczne ilości urobiliny i urobilinogenu, w surowicy większe niż poprzednio ilości bilirubiny. Całość robiła wrażenie ataków kamieni żółciowych, niezupełnie typowych i, jak później zobaczymy, przypuszczenie takie było poniekąd istotnie uzasadnione.

Przyczyn takich ataków, których w ciągu 5-iu miesięcy spostrzegano około 7, trudno się było doszukać. Niekiedy wydawało się, że wpływy cieplne (n. p. ostudzenie ciała) lub podrażnienie nerwowe, łatwe do wywołania u kapryśnej i pobudliwej chorej, odgrywało jakąś rolę. Wyraźnego związku z nieregularnie i słabo powtarzającemi się perjodami nie można było zauważyć. Natomiast udało się spowodować typowe napady bardzo prostym zabiegiem Wychodząc z założenia, że nasilenie zachorzenia wywołane jest wzmożonem z jakiejkolwiek przyczyny napadowym rozpadem czerwonych krwinek, wstrzykiwaliśmy jej, nie chcąc stosować toluolendiaminy i fenylhydrazyny, wodę przekroploną dożylnie w dawkach od 20 do 30 cm sz. Za każdym razem wystąpił zwykły atak, raz po 20 cm. sz. bezpośrednio, ale krótkotrwale, drugi raz, po 30 cm. sz., nieco później, ale o dłuższym przebiegu. Podobnie zachowała się po zastrzyku wody przekroplonej chora Nr. I. Przytem śledziona była zawsze bardziej powiększona niż poprzednio, a równocześnie urobilinogen w moczu i bilirubina we krwi znacznie się wzmogły. Zajmujące jest, że po splenektomji ataki, wywołane u chorej Nr. IV zastrzykami dożylnemi wody przekroplonej, występowały wprawdzie, ale bardzo poronnie.

Spostrzeżenia te, które, o ile nam wiadomo stanowią pierwsze potwierdzenie na człowieku doświadczeń, podejmowanych swego czasu przez Hayem'a, Lesnè i Ravault'a i Widal'a, Abrami i Brulé'go na zwierzętach, dowodzą ponownie, że punkt ciężkości całego zespołu objawów, przedstawiających się klinicznie jako atak, leży nietyle w chorobliwej czynności śledziony i pokrewnych narządów, ile w nagłym rozpadzie krwinek z nieznanej dostatecznie przyczyny, nadmiernie osmotycznie czułych. Równocześnie skłoniły nas one do studjowania systematycznie wpływu zastrzyków wody przekroplonej w różnych stanach fizjologicznych i chorobliwych, które to badania może dadzą nam możność określania sprawności narządów krwiotwórczych i krwiobójczych. Z wyników pierwszej części tych naszych badań, podjętych wespół z p. Dr. Milewskim, spodziewamy się niedługo zdać sprawę.*)

*) Pierwsze doniesienie wygłoszone dnia 28. VI. 1922. na zebraniu Warsz. Tow. Biologicznego. (Przyp. przy kor.).

Mimo powyższe poglądy na patogenezę żółtaczki hemolitycznej, które później jeszcze rozważymy, zaleciliśmy jej poddanie się splenektomii, po której różni autorowie zagraniczni widzieli znaczną poprawę. Daliśmy się do tego spowodować faktem zupełnego zawiedzenia wszelkich zabiegów leczniczych i ogólno-higjenicznych. Wprawdzie p. prof. Leśniowski, którego zdania zasięgaliśmy w tej sprawie, radził nam poprzednio, podobnie jak to zaleca świeżo Moynihan, spróbować naświetlania roentgenowskiego śledziony, ale ze względu na możliwość wynikających z tego zrostów perysplenitycznych, któreby utrudniły ewentualną późniejszą operację, zaniechaliśmy takiej próby. Wobec tego prof. Leśniowski wykonał w marcu zeszłego roku wycięcie śledziony, które chora, pominąwszy drobne komplikacje ze strony płuc, doskonale zniosła.

Wycięta śledziona przedstawiała się jako kilkakrotnie w stosunku do normy powiększony narząd, ogromnie przekrwiony o zgrubiałej, pomarszczonej otoczce i wybitnie embrjonalnej zrazikowatości. Absolutne wymiary wynosiły 22 cm długości, 12 szerokości, 6,5 grubości (zamiast według Orth'a normalnie 13×8.5×3,5). Waga, natychmiast po operacji, z zachowaniem całkowitej w niej zawartej krwi przy pomocy podwiązania naczyń śledzionowych, okazała się czterokrotnie większa niż u normalnego człowieka t. j. 887 gr zamiast według Krause'go 221,5.

Rozbiór drobnowidowy śledziony zamierzano pierwotnie przeprowadzić możliwie dokładnie i w szczególności stwierdzić w usuniętym narządzie zawartość żelaza, rozwój tkanki łącznej i sprężystej, zachowanie się układu endotelio-retykularnego, a wreszcie zmiany ścian tętniczych, względnie ich otoczenia. Niestety trzeba było z przyczyn od nas niezależnych od tego planu odstąpić. Wszakże na podstawie protokółu badania mikroskopowego L. 137/1920 z zakładu p. prof. Hornowskiego badania wykonanego na kawałku narządu przesłanego nazajutrz po operacji, jako też z oględzin użyczonego nam łaskawie przez Dra Paszkiewicza skrawka zabarwionego hematoksyliną i eozyną budowa śledziony przedstawia się w naszym przypadku następująco:

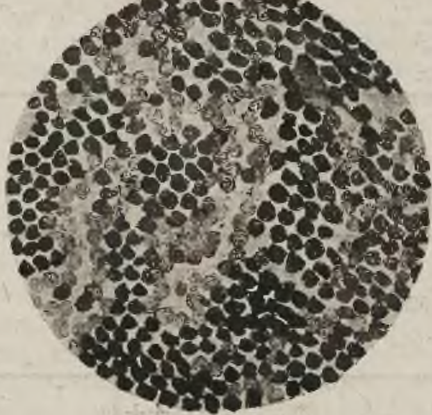
Torebka śledziony zgrubiała. Beleczki również dość grube: przy małem powiększeniu znajduje się ich w polu widzenia 1—2—3. Ciałka Malpighiego niezbyt liczne, choć dobrze zachowane Są pola, gdzie widać po 1—2—3 ciałka, obok nich wszakże szereg sąsiednich pól, gdzie tych ciałek zupełnie brak. Miąższ śledzionowy w stanie prawie zupełnego zaniku. Przestrzenie między beleczkami i drobnemi rozgałęzieniami beleczek („zręby") wyraźnie zgrubiałe i wypełnione czerwonemi ciałkami w nadmiernej ilości, br. nierówno. Zatoki spłaszczone, niekiedy nieledwie widoczne, wyłożone dość dużemi komórkami nabłonkowemi, w których daje się stwierdzić ziarenka barwika. We wnętrzu zatok stosunkowo mało krwinek, często wylugowanych. W miąższu, zwłaszcza wśród wylewów krwi, tu i ówdzie dość duże komórki o wyglądzie makrofagów, zawierających mniejsze lub większe ziarenka barwika. Pozatem między komórkami złogi barwika krwi (hemosyderyny). Zmian w naczyniach niema. Całość mówi o wybitnej długotrwałej zastoinie w śledzionie (p. rycina Nr. 1).

Powyższy obraz przypomina więc bardzo wyniki dawniejszych badaczy jak Minkowski, Guizetti, Vaquez i Aubertin, Gandy i Brulé, Eppinger i wreszcie niedawno opisany przypadek Pennato'a. Charakterystycznem znamieniem przeobrażeń śledziony jest, jak i tam, ogromne przekrwienie narządu, które dotyczy prawie wyłącznie miąższu, zaciera wszelkie ślady budowy i powoduje dość znaczne niekiedy wylewy. Przekrwienie to pozostawiające dość wolne zatoki, odpowiada raczej, jak słusznie zaznaczają Ménétrier i Gauckler, nadmiernej czynności, niźli biernemu zastoinowemu stanowi narządu. Przemawiają za tem również złogi barwikowe i obecność niebardzo licznych makrofagów.

Zachodzi teraz pytanie: jaki skutek wywarła splenektomia na stan naszej chorej i jak na nią zareagował ustrój i jego pojedyńcze części składowe. A więc, o ile chodzi o pierwszą sprawę, to jest o wpływ na samopoczucie i przebieg zachorzenia, to należy stwierdzić stanowczą poprawę; ataki bólowe bowiem, na które się chora dawniej bardzo często skarżyła, stały się rzadsze i nie występowały już zwykle z wymiotami, dreszczami i ogólnem osłabieniem. Wszelako kolki w pierwszych miesiącach wciąż jeszcze chorą trapiły, choć zmieniły nieco swój charakter i umiejscowione były wyłącznie w prawem podżebrzu. W pół roku po zabiegu chora, poza dziwnemi okresami rozwolnienia, których poprzednio

nie znała, wróciła prawie zupełnie do zdrowia, tak że wyszukała sobie jakieś zajęcie.

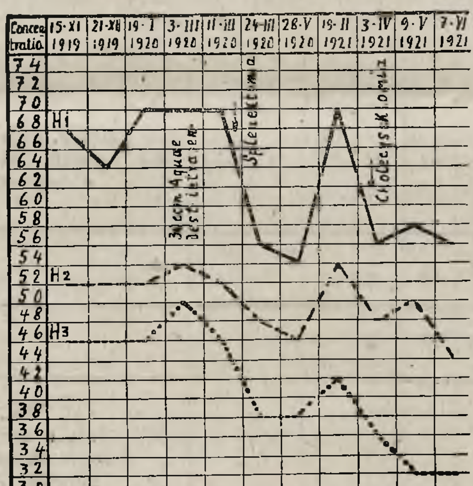
Rycina Nr. 1



Chora Nr. IV. Skrawek drobnowidowy z wyciętej śledziony barwiony hematoksyliną i eozyną. Optyka: Leitz, objektyw Nr. VI, okular kompens. Nr 12. Rycina wykazuje brak wszelkiej budowy w śledzionie i ogromne jej przekrwienie, które naogół nie dotyczy zatok, spłaszczonych i zawierających zaledwie pojedyncze czerwone krążki.

Również na stan przedmiotowy wyjęcie śledziony nie pozostało bez widocznego wpływu, jak widać z załączonej na str. 676 tablicy przedstawiającej wyniki hematologicznego badania. Dotyczy to przedewszystkiem zachowania się odporności odwłóknionych i przemytych czerwonych krwinek, które graficznie

Rycina Nr. 2.



Chora Nr. IV. Zachowanie się odporności czerwonych krążków na roztwory hypotoniczne w czasie 1½-rocznej obserwacji. Z ryciny wynika, że odporność krążków po splenektomji wprawdzie się powiększyła, ale wcale jeszcze nie powróciła do zwykłych granic.

w ciągu przeszło półtorarocznej obserwacji ilustruje rycina Nr. 2. Wynika z niej, że początek hemolizy, który początkowo wahał się między rurką 64 a 70, wkrótce po operacji opadł do rurki 56a nawet 54. Wprawdzie przy ciężkim ataku żółtaczki stan ten się znów pogorszył, ale tylko przejściowo, gdyż ostatnie badania wykazywały H_1 już w rurce 56. Jeszcze wyraźniej zaznaczyło się polepszenie w stosunku do zupełnej hemolizy, która z 46 opadła do 32. Jednakowoż tak pod względem H_1 jak i amplitudy odporności, wynoszącej zwykle 30 (od 42—12) nie nastąpił wcale powrót do normy. Najmniejszą amplitudę przy wielkiem H_1 (70) stwierdzono u chorej po zastrzyku wody przekroplonej. Wreszcie podkreślić należy, że różnicy między odpornością krwinek z żył obwodowych i żyły śledzionowej jak też i między działaniem obu osoczy nie stwierdzono.

W związku z wzmożoną odpornością zmniejszyła się także ilość bilirubiny we krwi. Wobec braku odpowiednich odczynników nie mogliśmy różnicy tej uwydatnić liczbowo; wszakże już rezultat jakościowej reakcji Hijmans van den Bergh'a, na początku bardzo wyraźnej, a w końcu zaledwie widocznej, wystarcza zupełnie do wyrobienia sobie pojęcia w tej mierze. Równolegle ze zmniejszeniem się zawartości bilirubiny w surowicy odczyn na urobilinę i urobilinogen z nadzwyczajnie silnego stał się słabym. (D. n.)

Z praktyki.

Dr. H. Allerhand. Lwów.

Sól morszyńska jako doskonały środek pomocniczy w higjenie jamy ustnej *).

Pragnąłbym podzielić się z Szan. Kolegami spostrzeżeniami, poczynionemi przezemnie w ostatnich czasach nad działaniem soli morszyńskiej przy stanach zapalnych jamy ustnej. Pozostawiając teoretyczne opracowanie i uzasadnienie na później, przedstawię tylko pokrótce na podstawie swych dotychczasowych wyników, wskazania do leczenia solą morszyńską i sposób leczenia.

Korzystne działanie soli kuchennej na błonę śluzową jamy ustnej znane było oddawna; wśród ludu rozpowszechniony jest zwyczaj »czyszczenia zębów« solą za pomocą palca wskazującego. Ostatnie czasy przyniosły olbrzymi rozwój dentystyki i wskazały jej należne miejsce wśród innych specjalności lekarskich, z któremi ściśle jest związana, uczyniły też uzasadnionem zdanie, brzmiące w pierwszej chwili nieco paradoksalnie, iż: »dentysta winien więcej, niż o zęby chorego, dbać o części miękkie jamy ustnej«. Szczegółowe staranne badania, przeprowadzone na bardzo znacznym materjale, pochodzącym ze wszystkich warstw społecznych, wykazały, iż stany zapalne śluzówki ustnej są nadzwyczaj rozpowszechnione. Naturalnie, iż zachodzą tu wielkie różnice ilościowe, obejmujące zapalenie, ograniczone do bardzo małego odcinka śluzówki n. p. jednej lub niewielu brodawek dziąsłowych międzyzębowych lub zjawiające się pod postacią obwódek zaczerwienionych dookoła pojedyńczych zębów (*gingivitis marginalis*), aż do najcięższych postaci rozlanego wrzodziejącego zapalenia jamy ustnej (*stomatitis ulcerosa*). Pomiędzy obu schorzeniami znaleść można cały szereg postaci przejściowych, różnych co do nasilenia, umiejscowienia, czasu trwania i rozległości, lecz przedstawiających tylko ogniwa jednego łańcucha. Wspólną im jest też i etjologja: przewlekły uraz mecnaniczny, powodujący podrażnienie i rozpulchnienie śluzówki i ułatwiający temsamem wtargnięcie drobnoustrojów, w jamie ustnej posorzytujących. Czynnikiem urazowym jest nader często kamień zębowy, a pozatem ostre brzegi korzeni lub odłamanych zębów, próchnicze zęby ze zniszczonemi powierzchniami stycznemi, złe wypełnienia, nieodtwarzające należycie rzeczywistych kształtów zęba, niedokładnie przystosowane zęby ćwiekowe, korony, mostki i dostawki płytkowe i i.

Stan zapalny śluzówki może przez długi czas pozostać umiejscowionym na bardzo małej przestrzeni i nie sprawiać choremu dolegliwości podmiotowych, lecz z chwilą pojawienia się przyczyny wywołującej, może wzmódz się bardzo, rozprzestrzenić się na znaczny obszar śluzówki ustnej i spowodować objawy podmiotowe i przedmiotowe o znacznem nasileniu. Przyczynę wywołującą stanowić może zmniejszenie odporności wskutek unieruchomienia pogotowia obronnego ustroju, jako wynik ciężkich chorób lub złego stanu odżywienia. Wojna światowa i stan powojenny przyniosły olbrzymie wzmożenie się częstości tych schorzeń, zwłaszcza w krajach, cierpiących przewlekły głód, n. p Niemcy, Austrja. Podobnie, jak zapalenia dziąseł były zjawiskiem nadzwyczajnie rozpowszechnionem wśród wojsk biorących udział w wojnie światowej, zwłaszcza w oddziałach znajdujących się w niekorzystnych warunkach higjenicznych, n. p. w okopach, i to nawet w armjach najlepiej zaopatrzonych, n. p. w armji amerykańskiej (»*trench mouth*«), tak też równie rozpowszechnione jest zapalenie jamy ustnej wśród ludności cywilnej, dotkniętej pośredniemi skutkami wojny, a przedewszystkiem niedoborem żywnościowym, czyli poprostu głodem. Czynniki zakaźne,

*) Doniesienie tymczasowe, podane na Zebraniu Delegatów Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego do Towarzystwa lekarzy polskich b. Galicji, dnia 9. VII. 1922.

TABLICA Nr. 1.

Przypadek IV. Marta K., hematologiczne badania.

Data	Hgbl. %	Czerw. ciałka (miliony)	Wskaźnik	Białko w surowicy	Mocznik w surowicy	Odporność krwinek	Bilirubina w surowicy	Białe ciałka								Mocz		UWAGI
								Ilość	Li. %	P. %	Mo. %	N. %	E. %	B. %	My. %	Ub.	Ubg.	
15/XI. 1919	80	4.060	0.99	7.85	0.32‰	H_1 68 H_2 52 H_3 46	++	13.600	9	1	9	78	3	—	—	+	++	
21/XII. 1919	62	4.120	0.76	—	—	H_1 64 H_2 52 H_3 46	—	12.500	22	5	7	62	$^{3}/$	—	—	(+)	++	
9/I. 1920	40	4.050	0.49	—	—	—	+	11 400								+	++	
1[illegible]/I. 1920						H_1 70 H_2 52 H_3 46										+	++	Kryoskopia 22/II. δ= −0,595.
3/II. 1920						H_1 70 H_2 54 H_3 38	+++									++	++	Po ataku.
11/III. 1920	65	3.430	0.95	8.2	0.52‰	H_1 70 H_2 52 H_3 46	+	16.800	23	3	7	64	3	—	—	+	++	
29/III. 1920	65	3.600	0.9	—	—	H_1 56 H_2 48 H_3 38		8.200	28	1	6	64	0	0	1	(+)	+	20/III. Splenektomia potem lekka broncho-pneumonia.
I/V. 1921	72	37.30	0.96					20.000	30	3	8	56	2	1			+	
21/V.	90%	4.190	1.1	8.2	0.40			24.900	33	1	6	56	3	1				
28/V.						H_1 54 H_2 46 H_3 38	(+)											Od 7/IV. prawie stale uporczywe rozwolnienie. Kryoskopia: δ= 0,58.
18/VI.	95	4.850	0.98					22.700								—	+	
11/II. 1921	75%	3.980	1.03	8.0				15.400	24	4	6	63	3	—	—	(+)	++	Od 31/VI. 1920 do 7//II. 1921 poza kliniką. Kryoskopia: δ= −0,575.
19/II.						H_1 70 H_2 56 H_3 44	+									—	+	Ciężki atak żółtaczki.
3/IV.						H_1 56 H_2 50 H_3 36												Przechodziła lekką szkarlatynę.
9/V.					0.42	H_1 58 H_2 52 H_3 32												Przechodziła cholecystektomię i apendektomię, δ= −0,575.
13/IV.	105%	6.010	0.88	8.4			(+)	33.600	34	6	12	46	2	—	—	—	+	
7/VI.	108%	6.030	0.9			H_1 56 H_2 48 H_3 32	?	21.300	38	6	11	42	3	—	—	—	(+)	

odgrywające przytem znaczną rolę i powodujące rozpowszechnianie się cierpienia, nie są jeszcze dokładnie znane, niemniej jednak, choć w zrozumieniu etjologji są jeszcze pewne luki, to jednak zapobiegawczo winniśmy działać energicznie, tembardziej, iż posiadamy środki zapobiegawcze i lecznicze, nader skutecznie działające.

Jednym z tych środków jest według mych dotychczasowych spostrzeżeń sól morszyńska, środek łatwo przystępny i względnie tani. Stosowanie go jest przytem nader proste: do celów leczniczych należy wyjąć z oryginalnego słoika na szkiełko zegarkowe suchą łyżeczką nieco kryształków, słoik szczelnie zamknąć napowrót (ze względu na hygroskopijne własności soli morszyńskiej), i następnie wacikiem wcierać kryształki soli w chore dziąsła. Przez to uzyskuje się działanie tonizujące i odwadniające na obrzmiałą i zapalnie zmienioną błonę śluzową i wzmaga się jej własności obronne. Po kilkakrotnem stosowaniu można spostrzec, iż przekrwienie i obrzęk ustępują, dziąsło obciąga się prawidłowo dookoła szyjek zębowych, brodawki wracają do stanu prawidłowego, krwawienie ustaje i znika nieprzyjemny odór z ust. Prócz stosowania soli morszyńskiej przez lekarza, winien chory sam też współdziałać, używając soli morszyńskiej do codziennego czyszczenia zębów obok zwykle używanych proszków i past. W tym celu poleca się przesypanie soli z oryginalnego słoika o dość wąskiej szyjce do pudełka aluminiowego lub celuloidowego, szczelnie zamykalnego, (w rodzaju pudełek na mydło), nabieranie zeń suchą szczotką do zębów odpowiedniej ilości i czyszczenie zębów ruchami poprzecznemi i równoległemi do osi długich zębów, przez co sól zostaje wtarta w dziąsła, a wszystkie zaułki oczyszczone. Do oczyszczenia mechanicznego szkliwa zębowego można użyć kredy dobrze sproszkowanej, a do płukania obfitej ilości czystej wody, w której reszta soli się rozpuści. Takie czyszczenie zębów winno być też stosowanem codziennie nietylko jako leczenie zapaleń już istniejących, lecz wogóle jako środek zapobiegawczy, przez wszystkie osoby o »słabych dziąsłach«, skłonne do krwawienia z dziąseł, osadu kamienia i ropotoku zębodołowego. Wogóle u każdego, a zwłaszcza u dzieci, taka codzienna higjena ustna przy użyciu soli morszyńskiej jest wskazana ze względu na przyjemne uczucie świeżości, które pozostawia w jamie ustnej, a dla lekarzy otwiera się wdzięczne pole do popularyzacji higjeny ustnej, tak zagranicą rozpowszechnionej, przy użyciu środków swojskich a niedrogich, czyniących zbędnemi niezliczone drogie preparaty, cieszące się dzięki szumnej reklamie u publiczności wziętością, nie znajdującą uzasadnienia w jakości i w działaniu.

Sprawozdania poglądowe.

Doc. Dr. Jan Grek. Lwów.

O durze osutkowym.

Ze Szpitala wojskowego L. 2. (epidem.) we Lwowie. (Dowódca ppłk. lek. dr. Grek) i Kliniki lekarskiej Uniw. J. K. (Dyrektor Prof. Dr. Rencki).

(Dokończenie).

Rozporządzając w naszym szpitalu tak obfitym materjałem i będąc w możności uzyskania dowolnej ilości surowicy krwi ozdrowieńców po durze osutkowym, stosowaliśmy tę surowicę również jako środka leczniczego w szeregu przypadków, a uwagi, jakie mi się mogły nasunąć przy tem leczeniu, w krótkości tutaj przedstawię.

Krew celem uzyskania surowicy pobieraliśmy od ozdrowieńców, u których dur osutkowy był poprzednio bezwzględnie stwierdzony, tak na podstawie przebiegu i objawów klinicznych, jakoteż na podstawie dodatnich wyników odczynu Weil-Felix'a. Pobieraliśmy krew, zachowując ściśle aseptykę, z żyły łokciowej w ilości 20—100, a nawet i więcej ccm od jednego osobnika, w okresie 7—12-dniowym, licząc od spadku gorączki. Z krwi tej przygotowaną została surowica w Zakładzie higjeny tut. Uniwersytetu przez Prof. Dra Kučerę. Przed oddaniem tej surowicy do użytku badaną ona była bakterjologicznie, a także i na odczyn Wassermanna, celem możności zaś utrzymania jej czas dłuższy w stanie niezmienionym, zaprawioną została 0·5% fenolem.

Surowicę tę zastosowaliśmy u 10-ciu chorych na dur osutkowy, a staraliśmy się użyć jej w jaknajwcześniejszym okresie choroby, gdy tylko zjawiające się na skórze pierwsze plamki występującej osutki pozwoliły nam na pewne rozpoznanie. Specjalnie chorych do tego leczenia nie wybierano, braliśmy ich tak, jak nam się nadarzali, starając się przytem, o ile to było możliwe, unikać przypadków, które mogłyby się zapowiadać jako w przyszłości specjalnie ciężkie lub lekkie.

Ilość surowicy, stosowana w poszczególnych przypadkach u rozmaitych chorych, była bardzo różna, gdyż wynosiła 2—50 ccm, a stosowaną była dożylnie, także i wśródmięśniowo.

Z tych 10-ciu przypadków u jednego chorego zastosowaliśmy tę surowicę dwukrotnie po 2 ccm dożylnie, poraz pierwszy z chwilą ukazania się osutki, poraz wtóry, w dwa dni później, przy osutce zupełnie rozwiniętej; w drugim przypadku użyliśmy surowicy więcej, gdyż 5 ccm również dwukrotnie, w tych samych okresach, wstrzykując ją wśródmięśniowo. W następnych 4-ch przypadkach ilość wstrzykniętej dożylnie surowicy wynosiła 5 ccm. w okresie pojawiania się osutki; u jednego chorego w tym samym okresie wstrzyknęliśmy 20 ccm surowicy. U tych 7-miu chorych bezpośrednio po wstrzyknięciu żadnych widocznych zaburzeń ani też jakiegokolwiek następczo dodatniego wyniku działania surowicy tak pod względem uczucia podmiotowego chorego, jakoteż objawów przedmiotowych zauważyć nie mogliśmy. Przebieg i długość choroby, u tych w ten sposób leczonych chorych, był zupełnie podobny do przebiegu cierpienia u innych chorych, pozostających w tym czasie w szpitalu, na tym samym oddziele, lub na tych samych salach. Bardzo obfitej krwotocznej wysypki, ciężkich zaburzeń mózgowych i ciężkiego ogólnego przebiegu choroby, jaki mieliśmy u dwóch naszych chorych, którym wstrzyknięto po 5 ccm surowicy dożylnie, nie chcę przypisywać ujemnemu działaniu surowicy, gdyż, jak nas doświadczenie dowodnie pouczyło, często w przebiegu tej samej epidemji, przy zakażeniach z tego samego źródła pochodzących, występuje rozmaity, co do natężenia i szczegółów, przebieg, a zresztą podobnie ciężkie przebiegi mieliśmy wówczas i u innych chorych leczonych symptomatycznie.

Trzy ostatnie w ten sposób leczone przypadki zasługują więcej na uwagę, ich też historję przebiegu choroby w krótkości tu przytoczę.

Przypadek I.

B. J., l. 22, szeregowiec 18. VIII. W wywiadach podaje, że chory jest od pięciu dni i skarży się na silne bóle głowy i gorączkę. S t a n o b e c n y: Dobrze zbudowany i odżywiony, twarz pełna, jakby nalana Gruczoły podszczękowe i szyjne powiększone, niebolesne. Na skórze tułowia nieliczna osutka. Spojówki nastrzykane. Język obłożony, błona śluzowa gardła i migdałków lekko obrzękła, zaczerwieniona. Płuca bez zmian. Tony serca czyste, tętno dość dobrze napięte, 112 uderzeń na minutę. Śledziona macalna jako opór. Ciepłota 39·8° C. R o z p o z n a n i e: Dur osutkowy. 19. VIII. Osutka na tułowiu i kończynach górnych znacznie wyraźniejsza. Ciepłota 40·5° C. 20. VIII. Osutka rozleglejsza jak poprzednio, pojawiła się również i na dłoniach, obu pachwinach, kończynach dolnych, sięgając aż do stóp. Na tułowiu i kończynach górnych plamki nie znikają już pod uciskiem. Ciepłota waha się między 40·1° C a 40·6° C, tętno zmienne między 96 a 120, dobrze napięte. Wstrzyknięto dożylnie 40 ccm surowicy ozdrowieńców. Chory spokojny, śpi. 21. VIII. Chory niespokojny, ucieka ciągle z łóżka, uskarża się na ból w brzuchu. Język silnie obłożony, lekkie wzdęcie brzucha. Osutka obfita, częściowo krwotoczna. Ciepłota około 40° C, tętno 128. 22. VIII Chory spokojniejszy nieco, uskarża się na gniecenie w dołku podsercowym. Osutka zaczyna przyjmować zabarwienie żółtawo-bronzowe. Ciepłota między 39·6 a 40° C. 23. VIII. Chory bardzo niespokojny, z trudnością daje się utrzymać w łóżku. 24. VIII. Zupełnie nieprzytomny, jednak spokojny, leży nieruchomo. Pokarmów nie przyjmuje, mocz i kał oddaje pod siebie. Silniejsze nastrzykanie spojówek, silne poty twarzy i górnej części klatki piersiowej. Ciepłota 38·5° C. Tętno 126. 25. VIII. Nieprzytomny, jednak spokojny, blady z odcieniem sinawym. Źrenice wązkie. Osutka wyraźnie sina. Język podsychający. Drżenie rąk i całego ciała. Ciepłota spadła na 36·8° C przy tętnie drobnem, słabo napiętem, w ilości 140 na minutę. 26. VIII. Wybitne wycieńczenie, ogólny wygląd gorszy. Twarz z początkiem choroby pełna, okrągła, obecnie wyciągnięta, wychudzona, sina. Tętno miękkie, nierówne, 160 na minutę. Ciepłota 38·8° C. Jeszcze wczoraj ani śladu odleżyn, dziś sine rozlane plamy w okolicy *malleolus externus* i po wewnętrznej stronie stopy lewej. Na obu pośladkach rozległa sinawa odleżyna. 27. VIII. Chory zmarł.

Przypadek II.

M. H., lat 44., internowany. Przyjęty do szpitala 21. VIII. rwieczorem. 22. VIII. Chory w wywiadach podaje, iż chory jest od

dni 5-ciu, skarży się na gorączkę, silne bóle głowy i nóg. Stan obecny: dobrze zbudowany, średnio odżywiony. Twarz zaczerwieniona, spojówki nastrzykane. Język obłożony, wilgotny, o brzegach zaczerwienionych. Na skórze tułowia w okolicy barków i na ramionach nieliczne plamki i guzki. Płuca bez zmian. Tony serca nieco głuche, tętno dobrze napięte, 110 uderzeń na minutę. Śledziona macalna jako opór. Rozpoznanie: dur osutkowy. 23. VIII. Obfitsza wysypka w okolicy barków i przedramienia po stronie wewnętrznej. Ciepłota 39·5° C. Tętno 120. Odczyn Weil-Felix'a 1/50+, 1/100—. Wstrzyknięto wśródmięśniowo surowicę krwi ozdrowieńców w ilości 50 ccm. 25. VIII. Chory lekko zamroczony. Bardzo obfita osutka na tułowiu, częściowo krwotoczna. Ciepłota 39·2° C. Tętno 116, dość miękkie. Odczyn Weil-Felix'a 1/50 ++, 1/100 ++, 1/500 +. 27. VIII. Chory przytomniejszy, śpi spokojnie. Ogólny wygląd dobry. Ciepłota 39·5° C. Tętno 120. 29. VIII. Chory nieprzytomny. Na skórze wiele świeżych plamek. Ciepłota 39·5° C. Tętno 150, małe. Mocz oddaje pod siebie. 31. VIII. Ciepłota 38·5° C. Tętno 120. Lekka sztywność w karku, oddech Cheyne-Stokes'a. 2. IX. Chory nieco przytomniejszy, spokojny. Objaw Cheyne-Stokes'a znacznie słabszy. Silne drżenie rąk i nóg. Stolce wolne oddaje pod siebie, jak również mocz. Ciepłota 37·3° C. Tętno 114. 4/ IX. Po rannym spadku, ciepłota 39·2° C przy tętnie 160, miękkiem. Bolesny obrzęk w okolicy gruczołu przyusznego lewego. Chory apatyczny, zamroczony, mocz i kał oddaje pod siebie. 6. IX. Bardzo silny bolesny obrzęk zapalny gruczołu przyusznego lewego. Chory zupełnie nieprzytomny, blady z odcieniem sinawym. Ciepłota 39° C. Tętno 150. Wyciek ropny z ucha lewego. 8. IX. Chory zmarł.

Przypadek III.

H. J., lat 21., szeregowiec, przyjęty do szpitala dnia 17. IX. w wywiadach podaje, iż przed 4 laty chorował na serce. Obecnie chory jest od tygodnia skarży się na ból głowy. Stan obecny: Średnio zbudowany i odżywiony. Język silnie obłożony, na końcu podsychający. Na skórze tułowia i kończyn górnych plamista osutka. Płuca bez zmian. Granice serca prawidłowe, tony czyste. Wątroba i śledziona macalne, niebolesne. Ciepłota 39·6 C, tętno 108, dość dobrze napięte. Rozpoznanie: dur osutkowy. 18/IX. Stan jak dnia poprzedniego. Wstrzyknięto dożylnie 5 ccm surowicy ozdrowieńców. 19. IX. Osutka bardzo rozległa, wielko- i drobnoplamista, nie znikająca pod uciskiem palca. Ciepłota 39·8° C, tętno lekko dwubitne, 100 uderzeń na minutę. 20 IX. Chory przytomny, wyraźnie apatyczny. Osutka zachowuje się jak dnia poprzedniego. Język podsychający. W płucach w partjach dolnych z tyłu, bardzo szorstkie szmery pęcherzykowe, nieliczne furczenia i świsty. Ciepłota 39·5° C, tętno 100. 21. IX. Chory zamroczony. Obfite wybroczyny do osutki. Po prawej stronie powyżej miednicy, po prawej stronie klatki piersiowej i okolicy obu barków wyraźny obrzęk na dość rozległych przestrzeniach o zabarwieniu sinem. 22. IX. Na kończynach dolnych, na skraju stóp, rozległe wystające nad powierzchnię plamy sino-czerwone. Chory prawie zupełnie nieprzytomny. Ciepłota 40·2° C. Tętno 120, małe. 25. IX. Wybroczyny i obrzęki bledsze, odgraniczają się ściśle. Tony serca głuche. Tętno dość miękkie, 110. Ciepłota 38·2° C. 28. IX. Chory zupełnie przytomny i swobodny. Ciepłota prawidłowa. Tętno 90. 2. X. W miejscach poprzednich wybroczyn i obrzęków powstają powierzchowne zgorzele, które odgraniczają się od otaczającej tkanki zdrowej. Po odpadnięciu tkanki, dotkniętej zgorzelą, pozostają powierzchowne ubytki, pokryte granulacjami. Po wygojeniu miejsc dotkniętych powierzchowną zgorzelą, chory zdrów opuścił szpital.

Przypadek pierwszy, który zakończył się śmiercią, jak równie przypadek trzeci, mają w przebiegu swoim pewne cechy podobieństwa. W przypadku pierwszym na dzień przed śmiercią, na kończynach dolnych w okolicy stóp, jak równie na obu pośladkach wystąpiły rozległe odleżyny, barwy sinej, w przypadku trzecim, tak na tułowiu jak również na kończynach dolnych, pojawiły się rozległe odgraniczone obrzęki, o zabarwieniu sinem, będące następstwem krwawych wylewów wśródskórnych. Miejsca te, później odgraniczając się ściśle od zdrowej tkanki, uległy powierzchownej zgorzeli. Powikłania tego rodzaju, aczkolwiek w bardzo rzadkich, wyjątkowych przypadkach, spotykaliśmy poprzednio i u innych chorych; u chorych, leczonych w tym czasie w szpitalu i w tym okresie epidemji, były one jedynemi. To też mimo woli nasuwa się myśl, czy powikłania te nie były następstwem szkodliwego zadziałania zastosowanej surowicy na ustrój chorych. W przypadku drugim, który zakończył się śmiercią, surowica nie potrafiła zapobiedz wystąpieniu ciężkiego powikłania pod postacią ostrego zapalenia gruczołu przyusznego.

Na dziesięć przypadków stosowania surowicy, mieliśmy dwa przypadki śmierci, a więc 20% śmiertelności. Tak wykiej śmiertelności u innych naszych chorych przez cały czas istnienia szpitala nie mieliśmy. A chociaż obliczanie śmiertelności z nizkiej liczby chorych może nam dawać błędne wyniki, to jednak sam przebieg choroby, u naszych surowicą leczonych chorych, zniechęcił nas zupełnie do takiego leczenia, nasuwając przekonanie, iż surowica ozdrowieńców nietylko nie ma żadnego dodatniego działania, lecz owszem sprowadzić może raczej złe następstwa. Dalszego więc stosowania tej surowicy zaniechaliśmy w przyszłości, pomimo, iż rozpoczynając doświadczenia w tym kierunku, mieliśmy początkowo zamiar wypróbować jej działalność na większej liczbie przypadków i w tym celu przygotowaliśmy już sobie naprzód większą ilość tej surowicy.

Nie lepsze wyniki lecznicze dał szereg preparatów chemicznych polecanych i stosowanych przez różnych lekarzy.

Chininę w dużych dawkach, z równoczesnem podawaniem alkoholu i stosowaniem kąpieli, poleca Murchison, o dobrych wynikach przy stosowaniu chininy wspomina również Mosler, podczas gdy Lebert używa tego środka tylko przy bardzo wysokiej ciepłocie. Wiener podaje chininę 3 razy dziennie po 0·5 gr, Hirsch radzi dawać choremu czas dłuższy małe dawki chininy, 5—6 razy dziennie po 0·20—0·25 gr, aby sprowadzić »trwałe chininizowanie«.

Optochinę polecali Meyer, Klink i Schlesies a także Mathes w dawkach po 0·25 gr, 6—8—10 razy dziennie, także podskórnie, a nawet dożylnie, jednak w mniejszych już dawkach i widzieli dodatni wpływ w poprawie podmiotowej i lżejszym przebiegu choroby. Przed stosowaniem optochiny przestrzega jednak Nordt. Stosując środek ten w dawce po 0·25 gr 6 razy dziennie w ciągu 3 dni, na 20 przypadków w ten sposób leczonych miał jeden przypadek zupełnej utraty, a 2 przypadki uszkodzenia wzroku. Brauer uważa optochinę w durze osutkowym jako środek zupełnie bezwartościowy. Hampel przez podawanie salicylu, zaś Pal aspiryny w małych dawkach od 0·10 do 0·25 gr, 4 razy dziennie, prócz przejściowego obniżenia ciepłoty nie mieli żadnych korzystnych wyników.

Wogóle stosowanie antipyretyków zostało dziś już zupełnie zarzucone, jako nieprowadzące do celu. Rosiewicz stosował kwas mleczny dożylnie w ilości 1—$1^1/_2$ ccm 1%-wego wodnego rozczynu w odstępach jedno i dwudniowych. Prócz przejściowego spadku ciepłoty nie miał żadnych dodatnich wyników. Teichmann i Töpfer przy dożylnem podawaniu »fulmarginy« (kolloidalny rozczyn srebra) osiągali poprawę ogólną i lżejszy przebieg choroby. Coglievina stosując w pięciu przypadkach duru osutkowego podskórnie »dispargen« — preparat kolloidalny srebra otrzymany na drodze chemicznej — widział już po pierwszem wstrzyknięciu poprawę stanu podmiotowego, ustępowanie bolów głowy i zniżkę ciepłoty.

Bouygues zaleca preparaty kolloidalne złota i srebra, zaś Żółtowski widział w ciężkich przypadkach krwotocznych polepszenie dzięki wstrzykiwaniom elektraurolu i elektrohydrargolu. Munck, stosując dożylnie »nucleo-hexyl« w ilości 10 ccm, uzyskiwał spadek ciepłoty bez skrócenia trwania choroby. Środek ten zaleca również i Levy. Coglievina jak również Nordt mieli ładne wyniki stosując urotropinę i dochodząc stopniowo do 5 gr. tego preparatu dziennie. Przeciwnikiem stosowania urotropiny jest Lövy, zaś Sterling, stosując ten środek w kilkudziesięciu przypadkach, nie mógł się dopatrzeć żadnych dodatnich wyników. Również i my stosując urotropinę nie mogliśmy zauważyć jakiegoś korzystnego wpływu. »Neohexal« (dwie cząsteczki urotropiny z jedną cząsteczką kwasu sulfosalicylowego), stosowany przez Coglievinę w 19 przypadkach, miał mu przynosić poprawę stanu ogólnego, skrócenie czasu chorobowego itp. Krause stosował »tryposafrol« (*methylsaures Saffranin*), co do wartości tego środka wyraża się jednak Sterling bardzo sceptycznie. Polecany przez innych autorów błękit metylowy, jod pod postacią jodku potasu, lub nalewki jodowej, jakoteż atophan, nie dały nam u naszych chorych zachęcających wyników, jak również i wśródmięśniowe wstrzykiwania mleka.

Jak z przytoczonego powyżej wynika, brak nam jest dotychczas jakiegokolwiek specyficznie działającego środka leczniczego w durze osutkowym, jednak przestrzegając ściśle pewnych warunków higjenicznych, otaczając chorego celową opieką lekarską, a wreszcie stosując w miarę potrzeby cały szereg zabiegów i środków leczniczych w większości przy-

padków wpłynąć możemy na złagodnienie objawów chorobowych, a tem samem uratować życie chorego.

Najważniejszym warunkiem odpowiedniego leczenia jest pozostawienie chorego, nawet w lekkich przypadkach, w łóżku i to nietylko w okresie gorączkowym, lecz także w okresie zdrowienia, przez czas conajmniej dwóch tygodni, licząc od spadku gorączki. Obrzęki stóp i zakrzepy żylne występujące w rekonwalescencji, są bardzo często następstwem przedwczesnego opuszczenia łóżka przez chorego i nadmiernego ruchu. Zbyt wczesne wstawanie przedłuża okres zdrowienia, odbija się niekorzystnie na ogólnym stanie chorego, a także na układzie krwionośnym, wyczerpanym w mniejszym lub większym stopniu w czasie całej choroby.

Już Curschmann, na podstawie swoich doświadczeń z berlińskiej epidemji z 1870 roku, zaleca jaknajgoręcej pozostawianie chorego na wolnem powietrzu w odpowiednich porach roku, zaś w zimie w pokoju, przy stale otwartych oknach, przy równoczesnem opalaniu pokoju. Zapatrywanie to Curschmanna, może nie tak skrajne, utrzymało się dotychczas, zyskując między lekarzami wielu zwolenników. Dobre przewietrzanie pokoju chorego, a w odpowiednich porach roku stale otwarte okna, wpływają niewątpliwie dodatnio i na zachowanie się ciepłoty, a jeszcze może skuteczniej na układ nerwowy, zmniejszając dolegliwe bóle głowy, niepokój i bezsenność. Bezpośrednie wystawianie chorego na działanie promieni słonecznych, ma według Wertheimera, wpływać dodatnio na obniżanie ciepłoty, jakoteż szybkie znikanie osutki.

Szczególniejszą uwagę zwrócić nam należy na narząd krążenia, który w przebiegu duru osutkowego często tak bardzo bywa atakowany. Środki nasercowe, odpowiednio dobrane i dość wcześnie stosowane, czynią często przebieg choroby łagodniejszym, chronią w wielu wypadkach od powikłań a tem samem zmniejszać mogą procent śmiertelności.

Ze stosowaniem środków nasercowych nie należy jednak czekać zbyt długo; podane za późno, w czasie zupełnego wyczerpania chorego, podczas powtarzających się zapadów, spowodują może chwilową poprawę, nie potrafią jednak podtrzymać czas dłuższy coraz bardziej wyczerpującego się układu krwionośnego. To też u naszych chorych uciekamy się do pomocy środków nasercowych dość wcześnie, gdy tylko wystąpią pierwsze objawy zaburzeń w układzie krwionośnym, a więc zbyt przyśpieszone tętno, spadek ciśnienia, niemiarowość itp. Na czele tych środków stoi koffeina, oddziaływująca tak wybitnie na układ krwionośny obwodowy, którą podajemy, może najwcześniej, na wewnątrz lub też podskórnie, w dawkach zależnych od stanu chorego.

Drugim często przez nas używanym środkiem jest olejek kamforowy, który stosujemy podskórnie w niektórych przypadkach już z końcem pierwszego tygodnia, jakoteż w ciągu drugiego tygodnia a nawet w pierwszych dniach rekonwalescencji u chorych bardzo osłabionych, o upośledzonej akcji serca, nizkiem ciśnieniu krwi itp. Do stale używanych przez nas środków w odpowiednich przypadkach należy także i naparstnica pod postacią czy to naparu czy też preparatów patentowych, między innemi digalen wśródmięśniowo lub dożylnie. Adrenalina, w dawkach $^1/_2$—1 cm podskórnie, powtarzana nawet w odstępach 2—3-ch godzinnych, przynosiła u naszych chorych tylko przejściowe polepszenie. Niepoślednią rolę odgrywa także i strychnina a wreszcie alkohol szczególnie pod postacią win wytrawnych lub też szampańskich, szczególnie w stanach silnego wyczerpania, grożącego zapadem.

Pilną uwagę winniśmy zwracać na jamę ustną i utrzymywać ją jaknajczyściej przez pilne płukanie środkami dezynfekcyjnemi, jakoteż oczyszczanie obłożonego języka. Tam, gdzie chory, wskutek stanu nieprzytomnego, sam nie może nam pomódz w czystem utrzymywaniu jamy ustnej, starania w tym kierunku, to jeden z pierwszych obowiązków pracy pielęgniarskiej. Częste zmiany w położeniu chorego, czasem pozycja na wpół leżąca, zapobiedz nieraz może powikłaniom ze strony płuc. Częste ogólne zmywanie chorego wodą z octem lub spirytusem, wpływają dodatnio nietylko na zniżkę ciepłoty, lecz również i na objawy mózgowe. U ciężko nieprzytomnych chorych, szczególnie oddających mocz i kał pod siebie, pamiętać winniśmy o możliwości odleżyn, którym odpowiedniem postępowaniem często możemy zapobiedz. Podczas całej pielęgnacji i wszystkich zabiegów, winniśmy zwracać pilną uwagę, aby chory nie wykonywał niepotrzebnych ruchów, aby w ten sposób nie wpływał ujemnie na działalność serca.

Djeta podczas wysokiej gorączki powinna być płynną, lecz posilną. A więc mleko w każdej postaci, rosół, kleiki, winna polewka itp. Wraz ze spadkiem gorączki, chory o ile tylko ma apetyt, powinien otrzymywać obficie potrawy pożywne, jak jaja, mięso, masło itp. Wogóle zachowywanie jakiejś specjalnej djety jest niepotrzebne, dbać jednak należy, aby chorym podawać szczególnie w czasie wysokiej gorączki, jak najwięcej płynów np. pod postacią słabej herbaty, lemoniady, wody z winem lub sokiem, lekkiego wina itd. Występująca czasem biegunka mija zwykle samoistnie, gdy się przewleka lub zbyt męczy chorego, zastosowanie odpowiednich środków, jak bizmut, tannalbina, a także opium, przynosi dobry efekt. Towarzyszące durowi osutkowemu w większości przypadków zaparcie stolca usuwamy najlepiej zapomocą lewatyw.

Wobec silnego podrażnienia chorych w przebiegu duru osutkowego, konieczne jest zachowanie ze strony osób pielęgnujących jak największego spokoju, jak najdelikatniejszego obchodzenia się z chorym. Doskonale uspokaja często osobniki podrażnione zwykły zimny okład, a nawet lodowy na głowę, lub też, co lepsze chłodnik Leiter'a, kojący czasami bardzo dobrze i dokuczliwe bóle głowy. U chorych silnie podnieconych, zrywających się, dobre wyniki dają nam zawijania w mokre prześcieradła lub też kąpiele, ciepłota tych kąpieli nie powinna być jednak niższą, jak 34—35° C. Zabiegi te jednak przeprowadzać można tylko przy personalu pielęgniarskim dobrze wyszkolonym, lekarz musi zwracać uwagę na układ krążenia, aby zamiast ulgi, nie przynieść choremu szkody. U osób bardzo niespokojnych, majaczących i zrywających się, u których z jakichkolwiek względów stosowanie środków wodoleczniczych nie jest wskazane, uspokojenie a nawet sen osiągnąć możemy przy pomocy 0.0005 gr. skopolaminy, wstrzykniętej podskórnie, którą to dawkę, ewentualnie w razie potrzeby możemy powtarzać. W przypadkach o ciężkich objawach mózgowych korzystne wyniki osiągał Liebermann przez nakłucie lędźwiowe i wypuszczenie około 20 cm³ płynu mózgo-rdzeniowego. Zabieg ten stosował w szeregu przypadków Rosiewicz i Margulis z korzystnym wynikiem, przyznając mu dodatni wpływ na objawy nerwowego podniecenia. Nieliczne nasze doświadczenia w tym kierunku nie potrafiły nas zachęcić do częstszego stosowania tego zabiegu.

Dokuczliwe bóle głowy, o ile wyżej wspomniane zabiegi nie przynoszą ulgi, łagodzić możemy podawaniem małych dawek aspiryny, fenacetyny, pyramidonu i tp., uważając jednak, aby przy stosowaniu tych środków nie wywoływać zbyt silnego obniżenia ciepłoty, a tem samem nie działać ujemnie na serce.

W wielu przypadkach środków zaradczych wymaga bezsenność, która tak często przez szereg nocy bardzo dokucza chorym. Jeden ze środków nasennych, a najczęściej używany przez nas, veronal w dawce 0.50 gr., czysty lub też w połączeniu z morfiną, codeiną lub pantoponem w ilości 0.01 gr., usuwał zwykle tę przykrą dla chorych dolegliwość.

Polecane w okresach grożącego zapadu podskórne wlewania rozczynu soli fizjologicznej w ilościach 500—1000 gr., nawet przez parę dni z rzędu, stosował Merunowicz jako metodyczne leczenie w durze osutkowym. Począwszy od 7 lub 8 dnia choroby, względnie zaraz po ustaleniu rozpoznania, wstrzykuje on u swoich chorych, w każdym cięższym przypadku, co dzień po 250 gr. fizjologicznego rozczynu soli kuchennej (6 gr. chlorku sodowego na 1000 gr. wody destylowanej) przy zachowaniu aseptyki, w pośladki lub w powłoki brzuszne, u kobiet w sutki. W bardzo ciężkich przypadkach wlewania powtarza dwa razy dziennie. Postępowanie to daje mu bardzo dobre wyniki, a mianowicie: obniżenie ciepłoty, zwolnienie i poprawę w napięciu tętna, podniesienie parcia krwi, ustąpienie bólów głowy, rzadkie występowanie

podnieceń nerwowych, euforyę, a wreszcie brak powikłań. Procent śmiertelności wynosił przy tego rodzaju postępowaniu zaledwie jeden. Dzięki temu leczeniu środków nasercowych, jak kamfora, koffeina, digalen i tp. używa tylko wyjątkowo.

Wymioty wikłające czasem przebieg duru plamistego łagodzimy podawaniem kawałeczków lodu do połykania, paru kroplami nalewki jodowej, validolu i tp. Męczącą bardzo chorego, szczególnie wskutek swej uporczywości, jest czkawka, trwająca nieraz bez ustanku po całych dniach i nocach, wobec której często jesteśmy bezradni. Morfina i jej pochodne potrafią tylko czasami przynieść ulgę.

Obrzęk gruczołów na szyji i następowy ucisk na tchawicę, wymagać może w pewnych przypadkach zabiegu operacyjnego. Zaburzenia ze strony oczu, zresztą dość rzadkie, jakoteż często występująca jedno lub obustronna głuchota, nie wymagają żadnego leczenia, gdyż ustępują samoistnie. Poczynającą się zgorzel leczymy okładami z płynu Burowa, dłużej trwającemi częściowemi letniemi kąpielami, lub też ciepłemi okładami, starając się w razie zaburzeń w krążeniu, wyrównywać je zapomocą środków nasercowych. Dalej posunięte zgorzele wymagają zabiegu chirurgicznego.

Zdrowienie po durze osutkowym trwa nieraz bardzo długo, upływają tygodnie, a nawet miesiące, zanim chory powróci do pełni swych sił fizycznych i umysłowych. Spokój fizyczny i psychiczny, dobre żywienie się, pobyt na świeżem powietrzu, w górach lub nad morzem, usuwa zwykle bez śladu przykre następstwa przebytego cierpienia. Zwracać należy przedewszystkiem uwagę na rekonwalescentów z dawną, nawet nieczynną gruźlicą, u tych bowiem osobników, zaostrzenie się sprawy chorobowej nie należy do rzadkości.

Przebycie duru osutkowego zabezpiecza człowieka od powtórnego zakażenia na przeciąg około 5-ciu lat, a prawdopodobnie i na dłużej. U chorych, którzy w naszym szpitalu przebyli dur plamisty, powtórnego zakażenia nigdy nie stwierdziliśmy. Przy powtórnem zapadnięciu na tę chorobę, liczyć się musimy jednak także i z tym momentem, czy poprzednie schorzenie, o którem chory twierdzi w wywiadach, że było durem osutkowym, w rzeczywistości, ponad wszelką wątpliwość, nie było jakiemś innem cierpieniem. W czasie bowiem panujących silnych epidemji łatwo zdarzyć się może, iż inna choroba zakaźna, jak influenza, dur wrzekomy, powrotny i tp. pójść może na karb duru osutkowego.

Przegląd piśmiennictwa.

Choroby wewnętrzne.

Bulletin de la Soc. Méd.
Nr. 30. 1921.

E. Rist i M. Weiss. **Objawy przemijającego basedowizmu w następstwie tracheobronchoskopji.** Autorzy zauważyli niejednokrotnie, że u chorych, badanych za pomocą endoskopji krtaniowej, podczas samego badania i przez pewien czas po niem, występują objawy, przypominające w wysokim stopniu chorobę Basedowa, a mianowicie: rozszerzenie szczeliny ocznej, wysadzenie gałki ocznej (*exophthalmus*), objaw Graefego, tachykardja i drżenie rąk — objawy te po upływie 24 godzin znikają bez śladu. W 2 przypadkach zanotowano bardzo szczegółowo te wszystkie objawy (w szpitalu Laenneca). W przypadku 1-szym, u 30 letniego mężczyzny, natychmiast po wyjęciu bronchoskopu zauważono rozszerzenie szczeliny ocznej, exophtalmus (wytrzeszcz), objaw Graefego bardzo wyraźny. Tętno 164. Drżenie palców rąk szybkie, o drobnych oscylacjach. W godzinę później tętno 84, ciepłota 37.8, drżenie nieznaczne, wytrzeszcz, objaw Graefego słabszy. Objawy te trwały do wieczora. Nazajutrz tętno 96, drżenie nieznaczne. Wytrzeszczu i objawu Graefego niema. Dni następnych wszystkie objawy zniknęły. W przypadku 2-gim, u 9 letniego chłopca, w 6 godzin po bronchoskopji znaleziono rozszerzenie szczelin ocznych, wybitny wytrzeszcz i objaw Graefego. Tętno 108. Drżenia niema. Nazajutrz rano objaw Graefego ustąpił; na drugi dzień — reszta objawów przeszła. W przypadku 2-gim badanie było wykonane w uśpieniu chloroformowem, co usuwa w danem spostrzeżeniu czynnik psychiczny. Zastanawiając się nad przyczyną powyższych zjawisk, autorzy odrzucają przypuszczenie, że zachodzi tu podrażnienie nerwu współczulnego szyjnego, gdyż ten jest zanadto oddalony od tchawicy i krtani; byłoby to raczej możliwe przy wykonywaniu endoskopii przełyku. Zresztą wiadomo, że drażnienie nerwu współczulnego (doświadczenie Claude Bernarda) wywołuje tylko wytrzeszcz, nie wywołując objawu Graefego, ani rozszerzenia szczeliny ocznej, ani drżenia. Wydaje się prawdopodobnem, że zachodzi tu wpływ mechaniczny na tarczycę: przez ucisk gruczołu pewien nadmiar wydzieliny tegoż dostaje się do obiegu krwi, powodując przemijające objawy hypertyreoidyzmu. Nie dość na tem. Krtań i tarczycę łączy wspólne pochodzenie w życiu płodowem oraz wspólność naczyń krwionośnych, chłonnych i nerwów w narządach już dojrzałych. Nic więc dziwnego, że schorzenie lub zaburzenia czynnościowe jednego z tych narządów może się odzywać na drugim. Uderzająca jest n. p. częstość objawów lekkiego basedowizmu (rozszerzenie szczeliny ocznej, objaw Graefego) u osób, dotkniętych gruźlicą krtani. Być może, iż pewien uraz, któremu ulega błona śluzowa krtani podczas endoskopii, odbija się na czynności tarczycy i powoduje w sposób ostry, lecz przemijający, wyżej opisane objawy. Warto, ażeby laryngolodzy zwrócili uwagę na ten fakt, który może mieć doniosłe znaczenie dla fizjologa i klinicysty.

A. Puławski. (Warszawa).

Choroby dzieci.

Zeitschrift für Kinderheilkunde.
T. 32. Z. 1 i 2.

Rothgiesser. **O zwalczaniu grypy w zakładach dla dzieci za pomocą leczenia na wolnem powietrzu.** Pod wpływem wystawiania dzieci małych w zakładach na działanie słońca i powietrza spadał wskaźnik zakaźny (wyrażający się stosunkiem częstości zakażeń grypowych do ilości dzieci w danym zakładzie) z każdym miesiącem, zwolna od 0.6—0.1, co ostatecznie odpowiadałoby jednemu zakażeniu na rok. Skuteczność wyników przypisać należy zapewne działaniu ultrafioletowych promieni.

Zimmermann. **W sprawie gruźlicy dziecięcej.** Wynikiem badań kilkuset chorych na gruźlicę dzieci są następujące wnioski: dzieci z lekką gruźlicą miewają częste, nieraz długotrwałe nieżyty oskrzeli, niemające zresztą nic wspólnego z gruźlicą. Gruźlica szczytów lub dolnych płatów należy do rzadkości (7%). Zajęcie okolicy trójkąta podobojczykowego miało około 10% dzieci. Pierwotne ognisko dało się wykazać w 6%. W przypadkach wykazywalnych zmian w wnęce płuc, zaledwie w $^1/_3$ można było napewne stwierdzić gruźliczy ich charakter. Próby tuberkulinowe często zawodziły. Zmiany gruźlicze gruczołów szyjnych bywają dość częste. Przypadki gruźlicy ciężkiej, nieuleczalnej, pochodzą właśnie z grupy niegdyś lekkiej. Przebycie w dziecięcych latach zakażenia zabezpiecza do pewnego stopnia ustrój na później. Zupełnie pewne rozpoznanie gruźlicy wnęki płuc nie należy do rzeczy łatwych, cennemi dla rozpoznania objawami są nierówność źrenic, objaw D'Espina i inne.

Frankenstein. **W sprawie czynnego uodporniania niemowląt** (odporność po szczepieniu przeciw ospie). F. posługiwał się różnemi metodami w celu stwierdzenia, czy niemowlę, które uchodzi za złego wytwórcę niweczników, uzyskuje po szczepieniu przeciw ospie odporność soków. Ani za pomocą precypitacji, ani wiązaniem dopełniacza, ani wreszcie doświadczeniem jadobójczem, nie można było stwierdzić obecności niweczników we krwi. Szczepiąc doświadczalnie wstrzykiwał F. surowicę szczepionych dzieci wraz z limfą królikom śródskórnie. Ujemne wyniki mają świadczyć o odporności tkankowej a nie humoralnej, jaką około 20 badanych dzieci po szczepieniu przeciw ospie uzyskało.

(Uw. sprawozdawcy. Śródskórne wstrzykiwanie jak i inne wyżej wymienione metody nie nadają się do tego rodzaju stwierdzeń).

Bernheim-Karrer. **Kliniczne i radjologiczne spostrzeżenia u dzieci przeżuwających.** U niemowląt, najczęściej chłopców, wymiotujących nawykowo, wytwarza się z czasem umie-

jętność z pomocą różnych drobnych sztuczek (napinanie mięśni brzusznych, przepony, łykanie powietrza i t. p.) częściowego zwracania pokarmu do ust. To przeżuwanie, sprawiające im wielką przyjemność, robią dzieci chowane w zakładach, z czasem oduczają się tej nawyczki, gdy inne nowe wrażenie przesłania im pamięć sposobu wykonywania jej. Zdjęcia rentgenolog., jakie udało się, po nakarmieniu papką barową dokonać, wykazują mechanikę tego cierpienia.

Lehndorff i Leiner. **Erythema annulare. Typowa wysypka w zapaleniu wsierdzia.** U dzieci z zapaleniem wsierdzia spostrzegać się daje drobno zarysowana osutka tylko na tułowiu, składająca się z plamek okrągłych, obrączkowatych, wielkości 1—3 mm., różowo-sinawych, nie wystających ponad skórę. Z wyglądu może przypominać rumień wielopostaciowy, pokrzywkę obrączkowatą, nigdy jednak nie sprawia świądu, nie zjawia się na twarzy, ani nie pozostawia łuszczenia i plam barwikowych. Krew w tych przypadkach bywa jałowa. Jako objaw zapalenia wsierdzia jest znamienną.

Lazar i Tremel. **Wyzyskanie kliniczne pedagogicznych badań dzieci w szkole dla umysłowo nierozwiniętych.** Doświadczalne badania psychologiczne mają wtedy znaczenie kliniczne, gdy są klinicznie prowadzone, t. j. gdy nie ograniczamy się do jednego badania, lecz porównywamy więcej badań i bierzemy pod uwagę związek między niemi zachodzący. Tak buduje Rossolimo swoje krzywe, inni znów odnajdują ciągle nowe dane, mogące sprawę wyświetlić.

L. i T. opierają się na pracy Berz'ego, kwalifikują swój materjał odnośnie do dwóch grup życia umysłowego: impresji (wrażenia) i intencji (woli, aktywności psychicznej). W tym celu z pośród istniejących szablonowych pytań (testów) Bineta wybierają takie, które się wzajemnie uzupełniają, a które mają pewną granicę nawet u ludzi normalnie rozwiniętych. Pozatem cały szereg badań, przeprowadzonych wedle schematów, dostosowanych do stopnia rozwoju inteligencji dzieci. Ostateczne wyniki są indywidualne, wyrażone krzywemi.

Z ogólnych pytań, nieprzystosowanych zupełnie do stopnia rozwoju umysłowego dziecka, używają: układania figur geometrycznych, wypukiwania pewnych znaków, zdolności zapamiętywania liczb i zdań. Wyniki grupują wedle stopni. Jako szczególne pytania wchodzą w grę pytania dla dzieci, które się nigdy niczego nie uczyły (Vorstufe) i pytania dla dzieci szkolnych, wzięte z życia codziennego i szkolnego. Dla dzieci nieuczonych n. p. porównywanie linji powierzchni, układanie nieznanych liter abecadła, badanie poczucia światła, znajomości barw. U dzieci szkolnych 1—5 stopnia: czytanie, pisanie, opowiadanie i t. p. Przeprowadzają kilka badań u jednego dziecka, porównują i stawiają rozpoznanie. Niema wedle ich badań dwóch jednakowych wyników, ale są braki w tych samych niekiedy sferach: albo w sferze wzroku i słuchu albo w sferze woli. Na te dwie grupy dzielą wszelkie zaburzenia.

Wnoszą z tych badań, że wszelkie usiłowania schematycznego opisu i jednej nazwy dla rozmaitych postaci niedorozwoju umysłowego (oligophrenia), jak to czyni Kraepelin i inni, są chybione. Tylko przy pomocy dokładnego określenia każdego pojedyńczego przypadku można będzie dojść do właściwego ugrupowania.

Wetzel. **O działaniu jonu potasowego na spazmofilię u dzieci.** Wobec najnowszych odkryć, przypisujących jonom K w mleku krowiem niekorzystny wpływ na skłonność do skurczów, poddał autor badaniom wpływ ich na stan pobudliwości tak u dzieci z objawami spazmofilji jak i bez niej. Badano dzieci przed, podczas i po podawaniu soli. Wyniki wypadły następująco: 1) Podawanie soli potasu nie podwyższa pobudliwości. 2) Szkodliwy wpływ mleka krowiego na skazę skurczową nie zależy od większej ilości soli K. 3) Czynnikiem ujawniającym spazmofilję bywają gorączkowe choroby zakaźne. 4) Objawy zwiększonej pobudliwości występować mogą nawet u dzieci zdrowych wskutek zakażeń i przy parnem powietrzu. 5) Wogóle objawy powyższe nie występują z żadną regularnością i bardzo często znikają częściowo lub zupełnie. 6) Również solom potasowym nie można przypisać wpływu wzmagającego fermentację.

Neurath. **O dziedzicznych brakach skostnień w kościach ciemieniowych.** Do ogłoszonych w piśmiennictwie 36 przypadków wad rozwojowych symetrycznych w obu kościach ciemieniowych, połączonych zwykle jeszcze z innemi znamionami zwyrodnienia, dodaje autor swoich pięć, w których głównie zwraca uwagę na rodzinne i dziedziczne ich występowanie. Trzy przypadki dotyczyły matki, brata i siostry, u których można było stwierdzić nos grecki i wzajemne wielkie podobieństwo, drugie dwa u matki i u dziecka głuchoniemego. *Progulski.* (Lwów).

Choroby skórne i weneryczne.

Dermatologische Zeitschrift.

T. 73 Nr. 37. 1921.

Oelze. **O wziernikowaniu pęcherza i moczowodów.**

Deussen. **Kubebiec lekarski.**

Burckas. **O leczeniu wiewióra szczepionką własną.** Przebieg wiewióra zależy od biologji szczepów dwoinek, które dostały się do ustroju. Szczepy są mniej lub więcej jadowite i od stopnia ich jadowitości zależy przebieg kliniczny wiewióra. Rzeżączka nie jest chorobą miejscową ale ogólną, a surowica tworzy pod wpływem rzeżączki substancje dające się serologicznie wykazać. Autowakcyna jest skuteczna, ale w połączeniu z leczeniem miejscowem. Wstrzykiwania autowakcyn stosuje śródmięśniowo co 2—6 dni, początkowo 20—25 miljonów zarazków, do 150—200 miljonów zarazków.

Kloeppel. **Ropień wiewiórowy w mięśniu piszczelowym przednim.**

Rille. **Fryderykowi Schaudinnowi przy sposobności 50. letniej rocznicy urodzin (*1871—†1906).**

T. 73 Nr, 38 1921.

Flehme. **Przypadek liszaja czerwonego pęcherzycowatego z zajęciem błon śluzowych.** Obecność pęcherzy przy liszaju czerwonym płaskim na skórze opisali Kaposi, Lavergne, Rona, Finger itd. W przypadku Flehmego pojawiły się pęcherze na błonach śluzowych warg sromowych.

Wertheim. **O leczeniu trądzika olejowego lampą rtęciową.** Autor stosował na klinice prof. Ehrmanna z zadowalającym skutkiem leczenie lampą rtęciową przy trądziku olejowym.

Schumacher. **Jak wyjaśnić działanie mieszaniny Linserowskiej.** Autor tłómaczy histochemiczne działanie mieszaniny Linsera w ten sposób, że z sublimatu wydzielają się wolne jony rtęci (za czem przemawiają *stomatitis mercurialis*) a salvarsan łączy się z kwasem nukleinowym jąder komórkowych, co w doświadczeniu stwierdził.

T. 74 Nr. 3 1922.

Bergman. **Znaczenie antigenu Deycke-Much przy rozpoznawaniu gruźlicy skóry.**

Lipschütz. **Badania nad etjologją schorzeń grupy opryszczkowej.** Jad półpaśca można przeszczepić na rogówkę królika. W wykwitach skórnych półpaśca u człowieka i w wykwitach półpaśca przeszczepionych na zwierzęta można stwierdzić ciałka półpaścowe (*Zosterkörperchen*). Opryszczka na częściach rodnych (*Herpes genitalis*) jest schorzeniem zakaźnem, w wykwitach skórnych można stwierdzić »β ciałka opryszczkowe (*β Herpeskörperchen*). W opryszczkach gorączkowych stwierdzić można »α ciałka opryszczkowe» (*α Herpeskörperchen*). Nośnikiem jadu jest jądro i to nie tylko przy opryszczkach, ale także brodawczakach (*Condyloma acuminatum*) i brodawkach.

Thim. **O leczeniu figówki.** Autor stosuje przy figówce przez dni 8 roztwór karbolo-boraksowo-formalinowy o następującym składzie:

Acidi carbolici
Boracis aa 3,0—4,0
Formaldehydi soluti (40%) 10,0—20,0
Glycerini 25,0
Ag destill. ad 300,0

i puder siarkowo cynkowy wedle przepisu:

Sulfur. praecipitati 10,0
Zinci oxydati 20,0
S. Puder

Po 8 zaś dniach wciera maść siarkowo-salicylową:

Acidi salicyl. 1,0
Sulfur. praecip. 5,0
Olei ricini 3,0
Lanolini
Vaselini flavi aa ad 50,0

przyczem usuwa włosy sporządzonemi przez siebie szczypczykami epilacyjnemi.

T. 74, Nr. 4, 1922.

Wagner. **Dwa przypadki symetrycznego rogowca skóry** (*keratodermia symmetrica*). Opis dwóch przypadków rogowca, opornych na leczenie Roentgenem.

Rubin i Szentkiralyi. **Doświadczalne badania nad wpływem rozmaitych metod leczenia na żywotność krętka bladego.** Cz. 1. *Mierzecki* (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 16-go maja 1922 r.

Obecnych członków 18.

I. Kol. Purski w dłuższem przemówieniu uzasadnia potrzebę otwarcia w Częstochowie przychodni przeciwgruźliczej w myśl odezwy miejscowego oddziału Tow. Czerwonego Krzyża. Po krótszej dyskusji powołano komisję, złożoną z kolegów: Rozenfelda-Rożkowskiego Stawnickiego, E. Kona, Batawji, Wrześniowskiego i Okuszki, która ma się zająć sprawą przychodni i powołać kierownika tej placówki.

II. Kol. Okuszko odczytał pracę: **„Wyniki własne leczenia krztuśca szczepionkami swoistemi“.** Mowca leczył 34 chorych szczepionkami swoistemi; zastrzykiwał co 3 dni (po ustąpieniu reakcji) u 1-rocznych, 2- i 3-letnich po 0,2, 0,3 i 0,4; u 4-letnich i 5-letnich po 0,3, 0,4 i 0,5; u starszych od 8 do 15 lat po 0,5, 0,6 i wreszcie u dorosłych 0,6, 0,7, 0,8. Szczepioka przeciwkrztuścowa pochodziła z pracowni Dra Serkowskiego, była mieszaniną kilku szczepów bakterji Bordet-Gengou, i zawierała 100 miljonów bakterji w 1 c. c Odczyn po szczepieniu był wyłącznie miejscowy, czasem bardzo nieznaczny. W jednym tylko przypadku ciepłota podniosła się do 38,5°. Z leczonych chorych było 5 jednorocznych i troje poniżej lat 2, reszta od 2 do 15 lat. Leczono wyłącznie chorych bez powikłań w płucach, z gorączką nie wyżej 37,5. Wynik dodatni osiągnięto w 32 przypadkach, z których 24 wyzdrowiało zupełnie, u reszty stwierdzono znaczną poprawę, w 2 przypadkach leczenie pozostało bez wyniku. Najlepsze wyniki otrzymano w przypadkach świeżych od 7 do 14 dni. Z leczonych przez mowcę przypadków 10 miało przebieg ciężki; należą tu chorzy, u których napady kaszlu powtarzały się częściej, niż 2 razy na godzinę, i u których napadom towarzyszyły wymioty, krwotoki, wynaczynienia podskórne oraz brak łaknienia, osłabienie i złe samopoczucie. (Autoreferat).

W dyskusji przemawiali koledzy: Batawia, stosował szczepionkę w 2 przypadkach szpitalnych z wynikiem pomyślnym. Szaniawski, w 2 przypadkach na 4 znaczna poprawa. Kol. Rozenfeld-Rożkowski zachęca do szerszego stosowania szczepionek wobec zawodności innych środków; zaleca stosowanie szczepionek mieszanych. Kol. Koniecpolski omawia powstawanie fazy negatywnej w myśl teorji Ehrlicha; sądzi, iż należałoby w każdym przypadku stosować swoistą autowakcynę.

III. Kol. Bram pokazał chorego 29-letniego żołnierza: w r. 1920 **rana postrzałowa w okolicy prawego barku**; kula uwięzgła pod obojczykiem, raniąc tętnicę podobojczykową i żyły sąsiednie; w następstwie duży tętniak, a obecnie głębokie zmiany troficzne całej kończyny górnej (słoniowatość), którą wypadnie odjąć. Pokaz kilku radjogramów, uwidoczniających obecność i położenie kuli.

IV. Koledzy Purski i Rozenfeld-Rożkowski pokazują chorego o rozpoznaniu niepewnem. Kol. Purski przed 2 laty rozpoznawał objawy paraluetyczne; stosował rtęć i neosalwarsan; po miesiącu objawy bezładu; zalecił NaJ; odczyn Wassermanna był niepewny ±. Obecnie obok utrudnionego chodu, szczególnie kończyny lewej, objaw Romberga, wzmożenie odruchu kolanowego po stronie lewej i ścięgna Achillesa (objawu Babińskiego niema), źrenice szerokie, na światło oddziałują słabo, oczopląs przy bocznem ustawieniu gałek (kol. Batawia), zaburzeń czucia niema; odczyn Wassermanna ujemny. Kol. Rozenfeld-Rożkowski wyłącza wiąd rdzenia i sądzi, iż mamy tu zajęcie dróg móżdżkowych z uciskiem dróg piramidalnych, zaleca obserwację szpitalną i zbadanie płynu mózgowo-rdzeniowego.

V. Koledzy E. Kon i Rozenfeld-Rożkowski omówili przypadek chorego 63-letniego z objawami **dusznicy bolesnej.** W dalszej obserwacji zauważono, że bóle mają charakter stały, zależne są od ruchów ręki i głowy. Przypuszczenie guza śródpiersia zostało stwierdzone badaniem rentgenograficznem. Kol. Bram: Zdjęcie wykazało obecność guza śródpiersia, uciskającego tętnicę główną.

W dyskusji kol. Stawnicki podnosi wartość rozpoznawczą przypadku. *Łokczewski*, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie polsko-francuskie w Warszawie.

Posiedzenie ogólne dnia 22 czerwca 1922 r.

Przewodniczy prof Dr. Jan Mazurkiewicz.

1. Prof. Orzechowski: **O postępach neurologji francuskiej w czasie wojny.** Z powodu swoistych warunków czasu wojny przebogaty materjał wojenny nie został w tej mierze wyzyskany, jakby to dla celów nauki było pożądane. Najmniej ten zarzut dotyczy neurologów francuskich, chociaż pracowali oni w warunkach o wiele trudniejszych, niż uczeni innych narodowości walczących. Do najważniejszych etapów, na których zatrzymywała się z powodzeniem myśl neurologów francuskich w tych niedawno minionych czasach, należą prace nad indywidualnością kliniczną nerwów obwodowych (P. Marie i Benisty), epokowe prace nad nowotworzeniem się nerwów po urazach Nageotte'a i rozwiązanie przez tegoż autora sprawy leczenia chirurgicznego ran nerwów. — Z zakresu schorzeń rdzeniowych — prace nad ostrą urazową zgorzelą rdzenia, nad semiologją i kliniką zupełnego przecięcia rdzenia piersiowego (Lhermitte). Z prac nad mózgowiem wysuwają się na pierwszy plan usiłowania P. Marie'a ustalenia topografji czaszkowo-mózgowej, doprowadziły one do świetnego wyniku, o ile chodzi o umiejscowienie ośrodków i torów wzrokowych dla pola widzenia, rozstrzygając ostatecznie tę sporną dotychczas sprawę. Do najcenniejszych należą atoli prace, w których neurologja francuska zapoczątkowuje niemal samodzielnym, własnym wysiłkiem rozbudowę semiologji i patologji klinicznej schorzeń układu współczulnego. Tu należą studja nad kauzalgjami i synestezyalgjami Souques'a i Tinel'a, wskrzeszenie starego obrazu i pojęcia chorobowego, mianowicie porażeń odruchowych Vulpiana-Charcota, i wyposażenie go w bogactwo szczegółów, które ledwie w części dostrzegł równocześnie w Niemczech Oppenheim, przez Babińskiego i jego współpracowników, wśród tych, przedewszystkiem Fromenta. Zamyka ten szereg wspaniałych prac monografja A. Thomas'a zajmująca się odczynem włosoruchowym, jego znaczeniem klinicznem i wartością dla celów umiejscowiania. W tej pracy podstawowej, której doniosłość dla przyszłych badań już teraz można przewidywać, opiera się Th. na materjale zbieranym przez lata wojny, o którego zdobyciu w takiej rozległości w czasach pokojowych nie byłoby można marzyć. Prace tu wymienione wyposażają neurologję w środki i sposoby badania układów współczulnych, których do niedawna brakowało, wykrywają wpływ układu współczulnego na czynności ruchowe także mięśni kośćca, każą domniemywać się udziału tegoż układu nawet w unerwieniu czuciowem skóry. Także w kierunku tym zmierzają prace Leriche'a, znane i nieneurologom, które choć praktycznie może przeceniane, mają duże znaczenie teoretyczne dla patologji układu sympatycznego. (Autoreferat).

2. Dr. W. Janowski zdawał sprawę z usiłowań Towarzystwa **stworzenia organu w języku francuskim.** Po usunięciu trudności natury finansowej Towarzystwo przystępuje do wydawania w tym roku w języku francuskim miesięcznika, w którym oprócz oryginalnych artykułów, sprawozdań z ruchu lekarskiego polskiego i t. p., będą mogły być umieszczone prace, wygłoszone przez autorów tak francuskich, jak i polskich, na Zjeździe Lekarskim polsko-francuskim w roku ubiegłym.

3. Po omówieniu sprawy obchodu w roku przyszłym **setnej rocznicy urodzin Pasteur'a**, wybrano komitet polski, do którego weszli pułk. lek. Bujwid, pułk. lek. Leon Karwacki i prof. Nitsch.

Dr. Gauthier zawiadomił o uwieńczeniu pomyślnym skutkiem usiłowań otrzymania dla członków Towarzystwa zniżek (30%) na cenach książek francuskich, wydawanych przez firmy Doin'a i Baillière'a. Zebranie jednomyślnie wyraziło swe uznanie drowi Gauthier za jego pracę, mającą na celu umożliwienie nawiązania bliższego zetknięcia z nauką i medycyną francuską. Dr. *Stefanowski.*

Medycyna społeczna.

A. Kuhn. Lwów.

W sprawie szpitali epidemicznych.

Od 3 lat jest czynna w Polsce osobna instytucja państwowa do zwalczania epidemij, najpierw Centralny Komitet do zwalczania duru osutkowego (t. zw. Cekadur), potem Nadzwyczajny Komisarjat do spraw walki z epidemjami (N. N. K.). Instytucja ta ma osobną organizację, osobny personal, osobne kredyty. Główną jej działalnością było, a po części jest i obecnie, utrzymywanie tymczasowych szpitali epidemicznych.

Nie wdając się narazie w szczegółowe omówienie organizacji i działalności Cekaduru i N. N. K., chcę pokrótce rozpatrzyć jedno tylko zagadnienie: czy koniecznie potrzebne jest obecnie utrzymywanie nadal tymczasowych szpitali epidemicznych N. N. K. nietylko na granicy wschodniej, ale także w głębi Państwa?

Niewątpliwie olbrzymi wysiłek pracy i kosztu, połączony z zorganizowaniem i prowadzeniem Cekaduru i Komisarjatu, a skierowany, jak już wspomniano, głównie ku tworzeniu tymczasowych szpitali epidemicznych, przyczynił się w pe-

wnej mierze do opanowania epidemij w latach 1919 i 1920, kiedy Polska była nawiedzona w wysokim stopniu durem osutkowym i powrotnym. Przyjmujemy także, że jak długo trwać będzie ruch repatrjacyjny, na granicy wschodniej będą potrzebne specjalne urządzenia sanitarne, a wśród nich szpitale epidemiczne, umyślnie ad hoc urządzone, przynajmniej w części jako zakłady tymczasowe. Ale w Państwie od przeszło roku niema prawie większych epidemij, i szpitale Komisarjatu, w głębi Państwa istniejące, stoją przeważnie pustką. Tą drogą idą duże sumy bez naglącej potrzeby, a nadto powstaje jeszcze i ten niepożądany skutek, że personal szpitali zbyt mało zapełnionych, skazany na bezczynność, ulega demoralizacji, zwiększając zastępy tych pracowników, którzy przyzwyczaili się brać pieniądze państwowe za darmo, a którzy w braku innego zajęcia, mogą z łatwością wpaść w sidła agitatorów.

Jako uzasadnienie istnienia szpitali epidemicznych Komisarjatu poza pasem granicznym, nawet w czasie wolnym od epidemij, słyszy się twierdzenie, że musimy być przygotowani na wypadek wybuchu jakiejś groźnej epidemji, który niewiadomo, kiedy nastąpi. I obecnie grozi nam cholera. Sądzę, że, pomimo istnienia szpitali N. N. K., w zakresie odosobniania chorych nie jesteśmy przygotowani na wypadek większej epidemji cholery: szpitale N. N. K. są zbyt rzadko rozsiane, aby w danym razie mogły wystarczyć, szczególniej wobec tego, że chorych na cholerę tylko wyjątkowo będzie można przewozić na większe odległości. A więc upada nawet ten aktualny dzisiaj argument, jakim jest grożąca cholera.

Jakże więc wyjść z tego dylematu: z jednej strony potrzeba nam szpitali epidemicznych, ale tylko w pewnych, nie dających się przewidzieć, ani co do terminu, ani co do czasu trwania, okresach czasu; potrzeba nam ich w miejscach nie dających się naprzód oznaczyć — z drugiej strony utrzymanie szpitali epidemicznych, o ile możności najgęściej rozsianych, choćby tylko na kresach wschodnich, pochłania takie sumy, na jakie nas nie stać.

Istnieje tylko jedno wyjście, które prowadzi stosunkowo łatwo i szybko do celu, bez większych kosztów. Oto w czasie pojawienia się groźnej epidemji w jakiejś okolicy Minister zdrowia publicznego uznaje szpital znajdujący się w danej okolicy, czy to powszechny czy prywatny, w części lub w całości — zależnie od stosunków miejscowych —, za epidemiczny na czas zachodzącej potrzeby, a zatem idzie, że personal lekarski i niższy sanitarny takiego szpitala spełnia służbę epidemiczną, jak długo tego potrzeba.

Prawda, że będzie to połączone z uszczerbkiem chorych niezakaźnych danej okolicy, którzy w czasie »zajęcia« szpitala będą potrzebowali opieki szpitalnej — ale walka przeciw epidemji, to wojna, a w wojnie interesa osobiste muszą ustępować interesom publicznym; zresztą »zajęcie« szpitala z reguły nie będzie trwało długo. Niewątpliwie także lekarze i personal szpitala uznanego za epidemiczny mogą czuć się niemile dotknięci zmianą swojej pracy i niebezpieczeństwem, na jakie ich naraża czasowe przeznaczenie szpitala. Poza względem na interes publiczny, który już powyżej podniosłem, trzeba wskazać na to, że będzie to pewnem analogon do postanowienia art. 16. ustawy z 2 grudnia 1921, mocą którego każdy lekarz posiadający uprawnienie do wykonywania praktyki lekarskiej, do lat 40, może być powołany do publicznej służby zdrowia w wypadkach wyjątkowych, wywołanych koniecznością zwalczania groźnych chorób zakaźnych nagminnych lub innych gromadnych zachorzeń.

Myśl tę poddaję pod rozwagę czynników miarodajnych.

Sprawy zawodowe.

Związek lekarzy Małopolski i Śląska w Krakowie nadesłał następujące pismo z prośbą o umieszczenie:

Wzywamy Kolegów, by nie przyjmowali żadnych posad czyto systemizowanych, czy kontraktowych, opłacanych przez Rząd za leczenie urzędników państwowych i ich rodzin, jak również nie robili umów z Rządem co do ich leczenia za poszczególne wizyty i zabiegi operacyjne, gdyż cała ta akcja rządowa dąży do szybkiego sproletaryzowania stanu lekarskiego. Nie wolno nam kopać grobu pod własnemi nogami.

Natomiast prosimy i wzywamy Kolegów, zamieszkałych w Województwie krakowskiem, którzy godzą się na leczenie urzędników i ich rodzin za 50% opustem, o podanie swych dokładnych adresów z oznaczeniem godzin ordynacyjnych, ewentualnie i specjalności wprost pod adresem Kol. Dra Żydłowicza (Kraków, Florjańska 22).

Nikogo w tym spisie w własnym naszym interesie braknąć nie powinno. Ta zniżka ma trwać tak długo, dopóki Rząd nie podniesie swym pracownikom płac odpowiednio do panującej drożyzny.

Zawiadamiamy Kolegów, że uchwała Wydziału Związku, obowiązująca lekarzy Małopolski i Śląska do zaprzestania czynności sądowo-lekarskich od 1-go lipca b. r. obowiązuje nadal. Są wszelkie oznaki, że gdy solidarnie przy tej uchwale wytrwamy, załatwioną zostanie nowa taryfa w myśl naszych żądań (300-krotne zwiększenie austr. taryfy przedwojennej i zastosowanie mnożnika drożyźnianego w przyszłości) do dnia 15 września b. r.

Tymczasem nie ustępować, a stać wytrwale przy raz zajętym stanowisku, a zwyciężymy. Kraków w lipcu 1922.

Za Wydział Związku:

Sekretarz *Dr. Kostecki*, mp. Wiceprezes *Dr. Żydłowicz*, mp.

Od Stowarzyszenia lekarzy polskich w Warszawie.

Głos w sprawie izb lekarskich. Zbliża się chwila powstania w Państwie Polskiem izb lekarskich. Doniosłość tej instytucji samorządnej, w obszerną kompetencję opatrzonej, doskonale rozumieją koledzy z zaboru pruskiego i austrjackiego, bo tam izby już były czynne; to też ich nie potrzeba nawoływać do utworzenia tej instytucji. W zaborze rosyjskim izb nie było, to też musimy tu zabrać się szczerze do roboty i przejąć się wielką wagą sprawy.

Już ustawa o praktyce lekarskiej nie mogłaby być prawidłowo wykonywana bez powstania izb, bo najważniejsze w nich artykuły powołują się wyraźnie na izby lekarskie. Jeszcze bardziej uwydatni się rola izb lekarskich, gdy sięgniemy do ustawy o nich. Już art. 1. powiada, że izby powstają: „dla samorządnego uporządkowania spraw dotyczących interesów i bytu stanu lekarskiego, jego zadań i celów przy wykonywania obowiązków lekarskich względem społeczeństwa i w stosunkach lekarzy między sobą, jak również strzeżenia jego praw, godności i sumienności“, a nadto „dla współdziałania z urzędami państwowemi i samorządowemi w sprawach zdrowia publicznego“.

Jeśli zastanowić się uważnie nad powyższem określeniem kompetencji izb, to bez trudu można dojść do wniosku, że obejmuje ona nieomal całokształt interesów naszych jako stanu. Jak powinno być w państwie demokratycznem i postępowem, Państwo Polskie przekazuje samemu stanowi pieczę o jego dobro i przystosowanie tego dobra do wymagań i potrzeb społeczeństwa. Zrobiono nawet nieśmiały krok naprzód w art. 7 w kierunku przekazywania przez Państwo — zazwyczaj o swą kompetencję niezmiernie zazdrosne — pewnych czynności państwowych izbom lekarskim.

Zupełnie wyraźnie art. 4 zastrzega dla izb możność ubezpieczania swych członków na wypadek choroby, starości, niezdolności do pracy i śmierci.

Wreszcie art. 28 i nast. omawia sprawę sądu Izby Lekarskiej. O niezmiernej doniosłości tej instytucji, mającej być regulatorem etyki zawodowej i stróżem godności stanu, niema chyba co mówić.

Nie należy przeoczyć, że polska ustawa o izbach lekarskich stanowi znaczny postęp w porównaniu z ustawą niemiecką i austrjacką. Usunięto z niej zapędy policyjne, a wprowadzono zasady demokratyczne. Trzeba było do tego walki, którą podjęły zrzeszenia lekarskie, walki, która się odbyła na terenie Sejmu i została częściowo uwieńczona znacznem zwycięstwem naszem. Utrudniono wreszcie zapędy odśrodkowe jakiejkolwiek natury i pochodzenia przez stworzenie Izby Naczelnej, powstałej z przedstawicieli wszystkich izb lekarskich. Przy zagwarantowanej wszystkim izbom autonomji Izba Naczelna utrudni działanie na szkodę stanu lub Państwa, natomiast ułatwi obronę praw lekarzy-urzędników, czy to w instytucjach państwowych, czy społecznych, czy wreszcie w przedsiębiorstwach prywatnych.

Niema wątpliwości, że od wyniku wyborów będzie zależał charakter izb. Ten charakter rozstrzygnie, może na czas dłuższy, o działalności izb, a zarazem o tem, czy stan lekarski zechce pójść dotychczasową drogą wolnej konkurencji, która go postawiła wśród czoła inteligencji zawodowej, która go wyniosła na szczyty etyczne, która zdobyła mu szacunek i uznanie, czy też z tej drogi zejdzie.

Pierwszym krokiem, do którego wszystkich kolegów nawołujemy, jest sprawdzenie na ogłoszonej liście urzędowej lekarzy uprawnionych do głosowania, czy nazwisko (i imię!) nie zostało pominięte lub przekręcone, a w takim przypadku jak najszybsze zareklamowanie z żądaniem sprostowania. *A. Żurakowski.*

Dyrektor Wojewódzkiego Urzędu zdrowia w Białymstoku nadesłał z prośbą o ogłoszenie następujący:

Wyrok.

W Imieniu Rzeczypospolitej Polskiej. Dnia 25 kwietnia 1922 roku, Sąd Pokoju II Okr. w Białymstoku rozpoznawał na posiedzeniu publicznem sprawę z oskarżenia Dra Szmirheldta Jakóba z art. 138 K. K. i zważywszy: iż w dniu 20 lutego r. b. został powołany do zwalczania epidemji duru osutkowego Dr. Szmirheldt Jakób, zarejestrowany lekarz wolnopraktykujący w Białymstoku; że powołanie zostało podpisane przez wojewodę Białostockiego w myśl reskryptu Ministerstwa Zdrowia Publicznego z dnia 19 grudnia 1921 r. Nr. 37140/1508 i na zasadzie art. 228 ust. lekarskiej b. ces. ros. (Zb. Ust. t. XIII wydanie 1905); że powołanie zostało doręczone Dr. Szmirheldtowi w dniu 24 lutego 1922 r., który dotychczas nie zgłosił się do objęcia obowiązków u lekarza powiatowego w Wołkowysku, ani też nie uzasadnił przyczyn niewykonania legalnego rozporządzenia władzy; że Wojewódzki Urząd Zdrowia prosił o pociągnięcie Dra Szmirheldta do odpowiedzialności z art. 138 k. k.; że na przewodzie sądowym oskarżony Dr. Szmirheldt, nie odpierając czynionych mu zarzutów, oświadczył, iż on jako człowiek słabego zdrowia nie mógł przyjąć danego mu polecenia; że oświadczenie oskarżonego jako gołosłowne i niczem nie stwierdzone nie może być przyjęte pod uwagę, tem bardziej że z wyjaśnień oskarżonego wynika, że praktyką lekarską on jednak zajmuje się; że uznając winę oskarżonego Dra Szmirheldta w wykroczeniu przeciw rozporządzeniom legalnym za udowodnioną i wyznaczając mu za takowe karę w myśl art. 138 K. K. skazuję go również na uiszczenie opłat sądowych zgodnie z art. 61 Tymcz. Przep. o koszt. sądowych.

Na zasadzie art. 119 U. P. K. art. 138 K. K. i art. 61 Tymcz. przep. o koszt. Sąd postanawia Dra Szmirheldta Jakóba skazać do aresztu na dwa tygodnie, oraz na uiszczenie opłat sądowych marek ośmdziesiąt.

Sąd Okręgowy w Białymstoku w Wydziale Odwoławczym Karnym przy udziale Podprokuratora Reinhardta dn. 24 czerwca 1922 r. postanowił wyrok Sądu Pokoju 2 Okręgu zatwierdzić, skargę apelacyjną Jakóba Szmirheldta oddalić i zasądzić od niego tytułem opłat sądowych mk. 40 za drugą instancję.

Wiadomości bieżące.

Warszawa.

Kursa dokształcające dla lekarzy zamierza urządzić także Wydział lekarski Uniwersytetu warszawskiego. Komisja, w tym celu wybrana, uprasza kolegów, chcących uczestniczyć w kursach warszawskich, o przesłanie tej komisji pod adresem prof. dr. Leśniowskiego (Szpital Dz. Jezus) informacji, w jakich mianowicie dziedzinach wiedzy lekarskiej odczuwają oni największe braki, ułatwi to bowiem zorganizowanie zamierzonych kursów.

Wilno.

Zjazd Internistów polskich. W myśl inicjatywy i uchwały Zarządu Towarzystwa Internistów Polskich, grono lekarzy wileńskich z całą gotowością podjęło się urządzenia kolejnego, piątego, Zjazdu w Wilnie. Ze względu na przedwojenne polityczne warunki świat lekarski Wilna mógł tylko biernie brać udział w Zjazdach, wszelka akcja czynna była niewykonalna. Tem chętniej lekarze m. Wilna podjęli propozycję Zarządu T. I. P i na walnem organizacyjnem zebraniu, które odbyło się w lipcu r. b., postanowili urządzić Zjazd w drugiej połowie czerwca 1923 r., wyłaniając Komitet Wileńskiej Filji T. I. P., w skład którego weszli: przewodniczący prof. Dr. A. Januszkiewicz, zastępca przewodniczącego Dr. W. Zahorski, sekretarz Dr. M. Świda i skarbnik Dr. W. Bądzyński. Do współpracy w zorganizowaniu Zjazdu zostali zaproszeni: Dr. Hłasko, Dr. Minkiewicz, Dr. Rudziński i Dr. Szukiewicz, jako przedstawiciele poszczególnych sekcji w Komitecie Gospodarczym Zjazdu.

Komitet Gospodarczy w trosce o powodzenie Zjazdu zwraca się do Kolegów z gorącą prośbą, aby swym licznym udziałem i zgłaszaniem prac naukowych zechcieli przyczynić się do uświetnienia tego pierwszego na ziemi wileńskiej Zjazdu Internistów Polskich. Przytem Komitet prosi o możliwie wczesne podawanie tytułów projektowanych wykładów, szczególnie zaś tych, któreby Koledzy chcieli wysunąć jako referaty główne. Tematy tych ostatnich wraz z nazwiskami referentów mają być ustalone na podstawie zebranego materjału przed 1. X. 1922 po porozumieniu z Zarządem. Bliższe szczegóły i informacje co do terminu Zjazdu będą podane po ostatecznem porozumieniu się Komitetu Wil F. T. I. P. z Zarządem w Warszawie.

Komitet prosi Kolegów o zgłaszanie swego udziału na ręce sekretarza, Dra M. Świdy, Wilno, ul. Wileńska 29/3.

Prof. Dr. A. Januszkiewicz, przewodn. *Dr. M. Świda*, sekr.

Sprostowania:

W Nr. 26. P. Gaz. Lek. strona 538, 1. szpalta, wiersz 19. od góry, zamiast „z Purolina" ma być „z Turobina".

W Nr. 31. str. 623., 2. szpalta, wiersz 16. od dołu, zamiast „micropomphus" ma być „micropomphus"; strona 630, 1. szpalta wiersz 13. od dołu, zamiast „Presse médical" ma być „Paris médical"; str. 634, 1. szpalta, 13. wiersz od góry, zamiast „Dalbeta" ma być „Delbeta".

Chorobliwość i śmiertelność z chorób zakaźnych w Państwie za czas od 23 kwietnia do 20 maja 1922 r.

Zestawił Dr. A. Zakrzewski.

Województwo		Ospa	Dur brzuszny	Dur osutk.	Dur powrotny	Czerwonka	Płonica	Błonica	Nagminne zapalenie opon	Zimnica	Gruźlica	Pokąsania (i wodowstręt)
Warszawa miasto	ch.	(3) 0	13 (0)	43 (5)	4 (0)	3 (0)	11 (4)	7 (2)	1 (0)	16 (0)	64 (85)	0 (1)
	ż.	—	4 (1)	6 (1)	1 (0)	1 (0)	5 (0)	2 (1)	0 (2)	4 (0)	22 (13)	—
Białostockie	ch.	7 (0)	29 (0)	597 (39)	476 (2)	13 (4)	53 (4)	5 (0)	1 (0)	30 (0)	0 (14)	34 (0)
	ż.	—	5 (0)	48 (2)	14 (0)	—	14 (0)	1 (0)	—	1 (0)	—	—
Kieleckie	ch.	56 (7)	90 (6)	217 (12)	14 (0)	2 (0)	21 (1)	21 (0)	1 (1)	8 (0)	3 (0)	2 (0)
	ż.	1 (0)	8 (2)	20 (1)	2 (0)	—	—	4 (0)	—	—	—	—
Krakowskie	ch.	10 (2)	110 (17)	88 (14)	13 (1)	7 (3)	113 (20)	13 (1)	1 (0)	—	0 (88)	2 (0)
	ż.	—	—	—	—	—	7 (0)	—	—	—	—	—
Lubelskie	ch.	33 (1)	85 (5)	723 (59)	294 (18)	3 (3)	28 (2)	5 (1)	12 (2)	90 (0)	37 (1)	39 (0)
	ż.	—	13 (0)	37 (5)	10 (0)	—	1 (0)	3 (1)	—	10 (0)	4 (0)	—
Lwowskie	ch.	2 (0)	87 (10)	239 (33)	10 (1)	2 (0)	136 (25)	23 (3)	—	3 (0)	47 (152)	87 (2)
	ż.	—	3 (1)	13 (1)	—	—	8 (0)	2 (0)	0 (1)	1 (0)	4 (24)	6 (0)
Łódzkie	ch.	18 (6)	88 (4)	103 (6)	3 (0)	5 (0)	33 (0)	11 (2)	3 (7)	5 (0)	18 (146)	—
	ż.	1 (0)	27 (1)	50 (4)	1 (0)	2 (1)	6 (0)	3 (0)	3 (4)	1 (0)	0 (29)	—
Nowogrodzkie	ch.	63 (2)	130 (2)	1400 (40)	732 (21)	30 (0)	35 (1)	24 (3)	3 (0)	329 (0)	35 (1)	1 (0)
	ż.	—	13 (1)	66 (3)	41 (0)	4 (0)	1 (0)	5 (0)	—	51 (0)	5 (0)	—
Poleskie	ch.	7 (0)	280 (30)	463 (30)	1006 (19)	30 (0)	23 (0)	29 (1)	2 (0)	860 (0)	79 (0)	9 (0)
	ż.	—	6 (0)	83 (3)	61 (2)	1 (0)	2 (1)	5 (0)	1 (0)	43 (0)	15 (0)	—
Pomorskie	ch.	Wykazów nie nadesłano.										
	ż.											
Poznańskie	ch.	Wykazów nie nadesłano.										
	ż											
Śląsk Cieszyński	ch.	14 (0)	7 (0)	—	—	4 (0)	1 (0)	2 (0)	—	—	—	—
	ż.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Stanisławowskie	ch.	124 (41)	59 (5)	281 (34)	10 (0)	1 (0)	192 (31)	5 (0)	2 (0)	1 (0)	13 (24)	11 (1)
	ż.	38 (14)	2 (0)	9 (2)	1 (0)	—	7 (3)	—	—	—	4 (8)	—
Tarnopolskie	ch.	20 (4)	36 (2)	161 (24)	8 (1)	3 (1)	52 (11)	10 (0)	1 (1)	1 (0)	28 (31)	51 (0)
	ż.	—	9 (1)	3 (0)	—	1 (0)	6 (1)	—	2 (0)	—	1 (1)	1 (0)
Warszawskie	ch.	2 (0)	87 (7)	92 (4)	4 (0)	—	15 (4)	15 (2)	—	10 (0)	15 (21)	3 (0)
	ż.	5 (0)	1 (0)	9 (0)	—	—	1 (0)	—	—	3 (0)	0 (5)	—
Wołyńskie	ch.	18 (2)	89 (2)	399 (16)	475 (5)	12 (0)	76 (1)	22 (0)	1 (1)	729 (0)	20 (0)	1 (0)
	ż.	—	6 (1)	37 (2)	15 (1)	—	1 (0)	2 (0)	—	32 (0)	3 (0)	—

Ch = chrześcijanie, ż = żydzi. Liczby w nawiasach oznaczają zmarłych.